dentalTarget
clinic & lab

REVISTA DE ACTUALITATE DENTARĂ

3/2013

www.dentaltarget.ro

Vol. VIII • nr. 3 (28)
Octombrie 2013

Oral-B® TRIUMPH
powered by BRAUN
5000 | WIRELESS SMARTGUIDE

OFERTĂ SPECIALĂ

ORAL-B® TRIUMPH™ 5000
CU SMARTGUIDE™ WIRELESS
CEA MAI AVANSATĂ TEHNOLOGIE ORAL-B
DE ÎNDEPĂRTARE A PLĂCII BACTERIENE

SUNAȚI ŞI COMANDAȚI ACUM

PERIUȚA DE DINȚI PENTRU
TESTARE PROFESIONALĂ

oferită prin:

Dentotal protect®

TEL: 0749 063 326

Ofertă valabilă în limita stocului disponibil.

blend-a-med RESEARCH CENTERS Oral-B

Continuă îngrijirea ce începe în cabinetul dumneavoastră

P11518

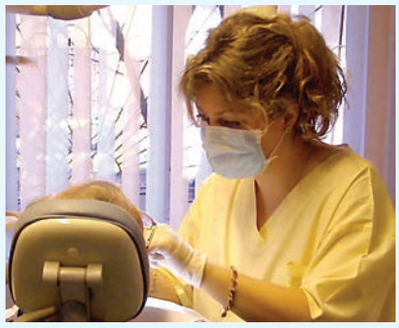
Petru cel Mare, „Primul Dentist al Rusiei”

sau despre a confunda profesionalismul cu funcția...

Pentru că este toamnă şi ne amintim de concedii, am ales ca subiect de editorial un personaj pe cât de clasic, pe atât de actual ca şi concepție de viață şi comportament. Vara asta s-a organizat la muzeul Hermitage-Amsterdam o expoziție dedicată lui Petru cel Mare al Rusiei şi astfel am descoperit că acesta se pricepea până şi la stomatologie, cel mai probabil datorită faptului că era țar.

Petru era un tip progresist, aşa că atunci când a văzut cât de frumos era Amsterdam-ul a construit imediat unul puțin mai mare la el acasă şi aşa se face că putem vedea spectacole de balet la Sankt Petersburg. Similar, văzând odată o extracție dentară care probabil l-a încântat nespus, Petru şi-a făcut rost de un instrument cu mâner ca de tirbuşon, cu două brațe inegale şi cu nişte cleşti ca de rac şi a pornit la chinuirea curtenilor. Aceştia nu cutezau să spună în prezența lui cum că, Doamne fereşte, i-ar durea vreo măsea, de groază ca nu cumva matahala de țar-dentist să îi chinuiască. Chiar şi aşa, Petru socotea de cuviință să le extragă dinții periodic şi preventiv, în timpul unor „controale” stomatologice survenite ad-hoc, pentru a îi adăuga la propria colecție.

Cel mai probabil este că, în ciuda faptului că şi-a omorât chiar şi propriul fiu, Petru cel Mare a contribuit substanțial la locul de astăzi al Rusiei în lume. Cu toate acestea, fără a intra în dispute cu privire la măsura în care îşi merită apelativul, putem spune cu siguranță că era complet incompetent ca dentist. Acest detaliu lipsit dealtfel de orice importanță nu l-a împiedicat să practice fără ca nimeni dintre cei din jurul său să îşi permită vreodată să îl contrarieze, nici măcar atunci când îi erau victime. Este oare numai țarul de vină? Sau şi cei din jur care îi întrețineau această iluzie cum că s-ar putea pricepe la toate? Cu toate că rămâneau fără dinți...



Dr. Oana-Cella Andrei este Şef de Lucrări la Facultatea de Medicină Dentară a U.M.F. “Carol Davila” - București şi Doctor în Medicină Dentară din 2005. Își desfăşoară practica privată în propriul cabinet stomatologic şi laborator de tehnică dentară.
E-mail: cellaandrei@yahoo.com

Problema pare să fi rămas aproape neschimbată. Aşa după cum să ajungi țar nu necesita vreun examen de aptitudini, nici ca primar, ministru, preşedinte, etc. nu pare să îți dea cineva vreun extemporal. Dacă mai eşti înconjurat şi de tot felul de „curteni” a căror singură treabă e să se ocupe cu slăvirea, tot ce îți lipseşte ca să laşi lumea ştirbă e un cleşte. Şi cum unelte sunt pe toate drumurile...

zahn art med since 1997
UNIVERSAL dental
MEDICA M3
City arts course
ALLIGATOR
Dentistry for Life Grup
ProTech 3D
HELIOS MEDICAL & DENTAL
A.K. Dental Clinic
Dental Labor Manolache
Dr. Fischer
Denti system
MEDICAL PARTNER
POKA
straumann
implant division
Zirkonzahn

SUMAR

Editorial

Evenimente

- Armedica 7-9 Noiembrie 2013 - Arad
- Ivoclar Vivadent 15-16 Noiembrie 2013 - Viena
- Denta 21-24 Noiembrie 2013 - Bucuresti

Protetică mobilă

PROTEZA UNITERMINALĂ ÎN EDENTAȚIA DE CLASA A II-A CU O MODIFICARE PARȚIAL PROTEZATĂ CONJUNCT

Șef. Lucr. Dr. Oana Cella Andrei, Teh. Dent. Bogdan Dobrin

Chirurgie orală

DEHISCENȚA OSOASĂ VESTIBULARĂ ÎN AFECTAREA PARODONTALĂ UNIDENTARĂ

Guido Rhemrev - Olanda

Restaurări estetice

DE LA DESIGNUL UMĂRULUI IMPLANTULUI LA UN ZÂMBET ARMONIOS

Hans -Joachim Lotz, MDT, Weikersheim – Germania

INSERAREA COMPOZITELOR BULK-FILL

Dr. Markus Lenhard, Neunkirch – Elveția

Protetică și implantologie

TRATAMENTUL COMPLEX, MULTIDISCIPLINAR
- CERINȚA REZOLVĂRII OPTIME A CAZUISTICII ÎN PRACTICA CURENTĂ

Dr. Corina Marilena Cristache, Dr. Anca Oltean, Dr. Constantin Ivanescu, Dr. Delia Daragiu, Dr. Gheorghe Cristache

Cercetare fundamentală

DIFICULTĂȚI DE ARMONIZARE COLORISTICĂ A PROTEZEI SCHELETATE CU SISTEME SPECIALE

Alice Tănăsescu, Ruxandra Mărgărit, Oana-Cella Andrei

Educație medicală continuă

ASISTENTA DE MEDICINĂ DENTARĂ ȘI PACIENTUL CU SFORĂIT - PARTEA A XII–A

Prof. Dr. Gheorghe Matekovits - UMF Timișoara, Prof. Dr. Melinda Székely, UMF Târgu Mureș

Vol.VIII ● nr. 3 (28) ● octombrie 2013

● **Cod CNCSIS 902/9412/209, Categoria D.**

● **DENTAL TARGET**, revista de medicină dentară ce apare **de 4 ori pe an**, înaintea manifestărilor expoziționale.

● Distribuită gratuit, prin poștă, într-un tiraj de **6000 de exemplare**, cabinetelor stomatologice și laboratoarelor de tehnică dentară.

● Prezentă și disponibilă în cadrul tuturor manifestărilor expoziționale de profil.

● Revista DENTAL TARGET oferă o privire de ansamblu asupra medicinei dentare fiind singura revistă românească de specialitate **adresată atât medicilor dentiști, tehnicienilor dentari și asistentelor de medicină dentară.**

dental Target clinic & lab

Revista de actualitate dentară
ISSN -1842 -5054
Cod CNCSIS 902/9412/209, Categoria D

e-mail: office@dentaltarget.ro
www.dentaltarget.ro
Tel. 0724 864 358

Consultanți
Medicină dentară
Șef Lucrări Dr. Oana Cella Andrei
Prof. Dr. Mihaela Păuna
Prof. Dr. Emilian Hutu
As. Univ. Dr. Ruxandra Mărgărit
Conf. Univ. Dr. Ligia Muntianu
Dr. Alexandru Brezoescu
Prof. Dr. Carmen Todea
As. Univ. Dr. Cosmin Sinescu
Șef Lucrări Dr. Radu Stanciu
Conf. Dr. Meda Negruțiu
Prof. Dr. Mihai Romînu
Prof. Dr. Dorin Bratu
Prof. Dr. Angela Podariu
Prof. Dr. Cristina Maria Borțun
Prof. Dr. Gheorghe Matekovits
Prof. Dr. Ovidiu Nicolae Grivu
Prof. Dr. Emanuel Bratu
Conf. Dr. Marius Leretter
Conf. Dr. Vasile Nicolae
As. Univ. Dr. Gabriela Tănase
Conf. Univ. Dr. Burlibașa Mihai
Conf. Univ. Dr. M. V. Constantinescu
As. Univ. Radu Scurtu
As. Univ. Sergiu Antonie
Tehn. Dentar Bogdan Dobrin
Tehn. Dentar Liviu Fera
Tehn. Dentar Marius Hermeneanu
Interdisciplinaritate
Prof. Gheorghe Drăgănescu
Prof. Adrian Podoleanu
As. Univ. Dorin Dodeniciu
Conf. Lavinia Denisa Cuc
Conf. Anca Tudor
Prof. Nicolae Faur
Șef lucrări Mihai Hlușcu
As. Univ. Radu Negru
As. Univ. Dimitriu Liliana
Redactor șef
Claudia Lăzărescu
Colaboratori redacționali
As. Univ. Dr. Cosmin Sinescu
Dr. Ruxandra Dinuț
Dr. Angelica Iliuță
Dr. Corina Marilena Cristache
Dr. Călin Bertalanffy
Director publicitate – marketing
Alexandru Dobre
Director executiv
Sabina Dobre
Design copertă
arths@arths.ro
DTP - Dan Cibea

Editor
Dental Target SRL
C.U.I. 22855654
J/40/22660/2007
Publicitate, contact și abonamente
Dental Target SRL, București, Sector 1, str. Hatmanul Arbore, Nr. 3-7, bl. A, sc. A, ap. 36, Tel. 0724 864 358

Editura nu-și asumă responsabilitatea pentru corectitudinea și exactitatea articolelor publicate, aceasta aparținând în totalitate autorilor.
Reproducerea articolelor se poate face numai cu acordul scris al editurii.

Tipografie
Everest

temco

TEHNO ELECTRO MEDICAL COMPANY

APARATURĂ MEDICALĂ. REPREZENTANŢĂ ŞI SERVICE

București, Cluj-Napoca, Braşov, Iaşi, Constanţa, Ploieşti, Bacău, Oradea, Arad, Timişoara, Alexandria, Galaţi, Craiova, Brăila

Informaţii şi comenzi - Dr. Mircea Puia - 0745.348.034

e-mail: mpuia@temco.ro

Ing. Robert Kurso - 0744.606.944

Dr. Adrian Zah - 0742.010.122

• Intraorale, panoramice, imprimante.
• **Autorizare "La cheie", cursuri permis.**

• Echipamente de excelenţă de la singura companie rămasă 100% germană.

• Laser complet pentru domeniul dentar.
• Inlocuieşte perfect instrumentele rotative!

• Gamă unituri futuriste create de designer profesionist pentru concept de studio-dentar.

• Lasere chirurgicale, parodontale şi endo.
• Albire cu laser, piezochirurgie.
• Accesorii moderne cabinet, gadgeturi.

• Excelenţă elveţiană în aparatură şi piese de mână.

La TEMCO preţurile speciale pentru "Denta" încep din Septembrie. SUNAŢI ACUM!!!

Cliniques Dentaires Suisses d'excellence

cherchent praticiens expérimentés en soins conservateurs, prothèse et implantologie pour l'ouverture de nouveaux centres

maîtrise de la langue française indispensable

Statut indépendant. Revenus:15-30 K€/mois

Transmettre CV sur contact@lausanne-dentaire.ch

Un român deține pentru prima oară preşedinția singurului organism internațional abilitat în domeniul reabilitării orale

Doamna Profesor Dr. Norina Forna, decanul Facultății de Medicină Dentară din Iaşi, a fost investită în cadrul **Congresului Internațional al Societății de Reabilitare Orală**, derulat la Bucureşti în perioada 4 - 6 Iulie 2013, cu funcția de preşedinte al **Forumului Odontologicum (Forum Sévelin)**.

Instituția, care are sediul la Lausanne, este unică, fiind singurul organism internațional abilitat în domeniul reabilitării orale, cu o tradiție de peste 50 de ani.

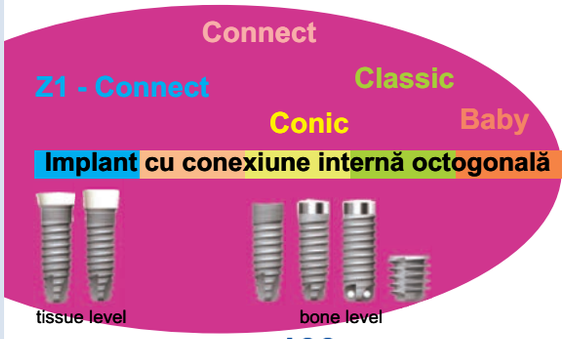
Membrii Forumului Sevelin dețin o activitate de referință în domeniu, cu o vastă experiență în evaluarea şi organizarea de cursuri post-universitare de specialitate la nivel european, mai ales în domeniul implantologiei.

Doamna Profesor Dr. Norina Forna îi succede profesorului universitar Dr. Sami Sandhaus, Profesor Asociat al Institututului de Stomatologie “ Pierre and Marie Curie”, Universitatea Paris VI, Membru al Academiei Franceze de Chirurgie Dentară, Membru al Centrului de Medicină Dentară Restaurativă (USA) şi laureat UNESCO, fondatorul Forumului Odontologicum şi unul dintre primii implantologi europeni.

HELIOS MEDICAL & DENTAL

Vă prezintă OFERTA de toamnă ce îmbină

Eleganța franceză și calitatea germană



137 Euro **100 Euro**

Singurul implant cu guler de zirconiu

La 25 de implanturi achiziţionate, la alegere, primiţi **GRATUIT trusa chirurgicală!**

TBR implants group

UNIT KaVo ESTETICA E30

☐ cu pregătire chirurgicală

9.888 Euro

Disponibil în mai multe culori

☐ venturi

9.300 Euro

KaVo. Dental Excellence.

Lampă operatorie MAIA LED/ EDI - intensitate luminoasă reglată prin comutator (8.000-25.000 Lux);
Scaler PIEZO-soft - unitate piezoelectrică cu oscilaţie liniară cuprinsă între 24-32 kHz;
Micro-motor INTRA LUX KL 701 electric pe inducţie cu viteză între 2.000-40.000 rotații/min, cuplu 2,7 Ncm;
Seringă One cu trei funcţii - modul seringă dreaptă, căi separate aer/apă;
Smart drive - mod de lucru silențios, fără vibraţii;
Scaun ajustabil pe înalţime - min. 350 - max. 830 mm;

Ergonomie în tratament - etrier de pivotare echilibrat, cu furtune de 90 cm;
Pedală multifuncţională pneumatică ergonomică - On/Off pentru instrumente cu reglarea vitezei şi intensităţii și funcţie spray - On/Off comutare micromotor înainte/înapoi - modificarea poziţiilor scaunului;
Memospeed - panou de comandă ce memorează 3 poziţii de lucru pentru 6 utilizatori sau 18 poziții de lucru pentru 1 utilizator - ajustarea luminozităţii instrumentelor - cronometru.

Prețurile nu includ TVA. Oferta este valabilă în limita stocului disponibil. Informații suplimentare la:
Dragoș Rădulescu tel. 0720 290 551, dragos.radulescu@heliosmedical.ro;
Mariana Ioniță tel. 0729 290 723, mariana.ionita@heliosmedical.ro
HELIOS Medical&Dental, B-dul Iuliu Maniu nr. 6, Bucuresti, tel. 0373 149 205/ 0729 290 886, office@heliosmedical.ro.
www.heliosmedical.ro

REDUCE ŞI AJUTĂ LA PREVENIREA PROBLEMELOR GINGIVALE ÎN 4 SĂPTĂMÂNI PENTRU A ÎNTRERUPE CICLUL GINGIVITEI

blend-a-med Oral-B CLINIC LINE GUM PROTECTION SYSTEM

Recomandați Sistemul blend-a-med Oral-B Clinic Line Gum Protection

Este dovedit clinic că reduce si ajută la prevenirea problemelor gingivale în 4 săptămâni pentru a ajuta pacienții să întrerupă ciclul gingivitei. Sistemul combină acțiunea chimică puternică a fluorurii de staniu stabilizate, suplimentată de apă de gură, cu acțiunea mecanică a periuței de dinți Pro-Flex, suplimentată de ață dentară, facând din acesta completarea perfectă a tratamentului din cabinetul dumneavoastră.

P12125.01

Continuă îngrijirea ce începe în cabinetul dumneavoastră

blend-a-med RESEARCH CENTERS Oral-B

a-dec
reliablecreativesolutions

Diferența în Detalii

Măsuri **extreme**

Toate produsele A-dec sunt garantate să funcționeze cu consecvență, astfel
încât Dumneavoastră să vă concentrați pe ceea ce contează cel mai mult: **pacientul.**
Întindem toate limitele de rezistență a echipamentelor.
De exemplu, evaluarea rezistenței scaunelor A-dec presupune încărcarea acestora
cu sarcini de până la patru ori mai mari decât limita lor de greutate.
Se analizează, apoi, impactul asupra punctelor de contact şi funcționalitatea lor în ansamblu.
A-dec ia măsuri extreme, în aşa fel încât investiția Dumneavoastră să nu vă dezamăgească.
Vizitați a-dec.com/thedifference şi aflați cum toate detaliile din spatele soluțiilor
propuse A-dec contribuie la performanțele şi fiabilitatea de lungă durată.

Examinările şi testările **minuțioase** ne **țin sus**

De peste 45 de ani, A-dec susține instituțiile guvernamentale
şi universitățile de medicină dentară din toată lumea,
furnizând soluții dentare fiabile şi de durată.

Luând în considerare rigurozitatea procesului de selecție
— trecând pe la administratori, contabili, gestionari,
până la medicii dentişti, profesori şi educatori —
examinarea devine foarte minuțioasă şi critică.

Cu toate acestea, A-dec ramâne alegerea principală în mai mult de 75% din cazuri.
Majoritatea şcolilor şi instituțiilor guvernamentale din întreaga lume folosesc A-dec •
Trei din patru universități de stomatologie din SUA şi Canada sunt echipate cu A-dec •
Marea majoritate a viitorilor stomatologi îşi învață profesia pe uniturile A-dec •
România se aliniază acestor standarde de calitate şi fiabilitate, astfel că tot mai
multe şcoli şi instituții de prestigiu sunt echipate cu A-dec •

Confort **şi** pentru **dumneavoastră.**

A-dec - pentru stomatologie de înaltă calitate
Tapițeria, configurată conform hărții punctelor de presiune, asigură confortul pacientului,
păstrând spatarul suplu pentru ergonomie şi acces optim.

Inovații de lungă durată. Confort real. Şi pentru Dumneavoastră şi pentru pacient.

Best in Class
Premiile *Dentaltown*

MEDICAM3
Sediu Central: Cluj-Napoca, Str. Iuliu Hațieganu nr. 4
tel: 0246-591.034, 0741-277.069, fax: 0264-593.606
www.medicam3.ro, tehnic@medicam3.ro

Zăvorul cu clic Easy-Snap

Siguranță şi confort

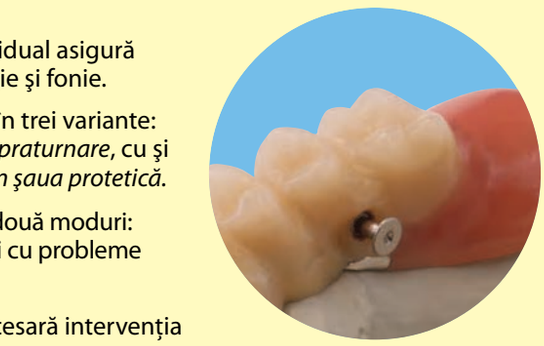
Zăvorul cu clic este un sistem de fixare a lucrărilor mobile pe bonturi sau implanturi cu activare individuală.
Sistemul este indicat în fixarea lucrărilor mobile pe implanturi, în edentații bilaterale şi edentații terminale unilaterale.
Avantajele sistemului sunt siguranța şi prelucrarea simplă.
Datorită activării individuale este EXCLUS riscul dislocării lucrării în timpul masticației, în cazul strănutului, tusei ori suprasolicitărilor fonetice.

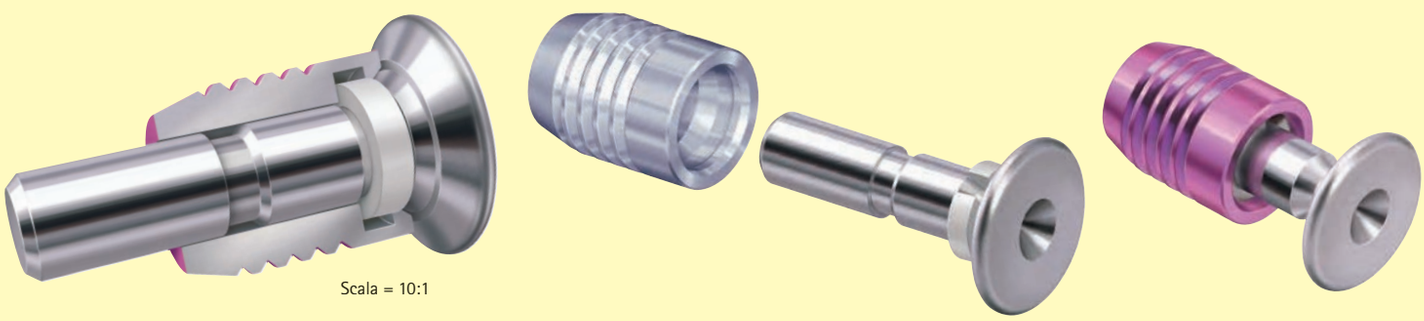
Combinația zăvor interlock cu sprijin individual asigură confort şi stabilitate deosebită în masticație şi fonie.

Prelucrarea simplă, fară risc, se poate face în trei variante: *prin lipire*, cu şi fară model duplicat, *prin supraturnare*, cu şi fară model duplicat, *prin integrare directă în şaua protetică.*

Activarea se poate face de către pacient în două moduri: lingual / palatinal sau vestibular (la pacienții cu probleme motorii).

Tija zăvorului poate fi înlocuită fară a fi necesară intervenția pe lucrare.

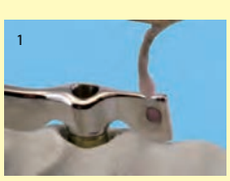




Scala = 10:1

Zăvorul cu clic Easy-Snap E

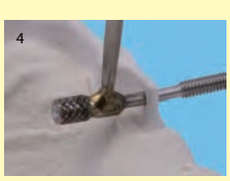
Prelucrarea cu modelul duplicat



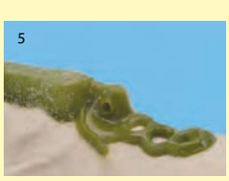
Se creează orificiul de inserție care, apoi, se obturează cu ceară.

Cu o freză globulară se realizează o concavitate în ceară.

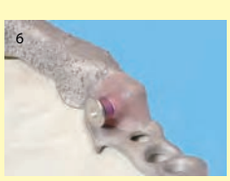
Modelul este pregătit pentru duplicare.



Fixarea lerei de ghidare pe modelul duplicat.



Macheta din ceară înainte de ambalare.



Zăvorul cu clic în situație.

bredent group

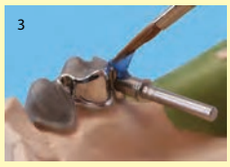
informatii sistem:
Tel.: +40 723573358, www.bredent-tim.ro,
Tel.: +40 212 240 702, www.bredent-medical.ro,
Tel.: +40 753251701, e-mail: nikolaus.cincu@bredent.com

Zăvorul cu clic Easy-Snap A

Fazele de lucru în cazul unei edentaţii unilaterale cu macheta detaşabilă

Pregătirea elementelor de susţinere.

Modelarea părţii secundare cu ajutorul menţinătorului de spaţiu.



Macheta din ceară sau Pi-Ku-Plast. Se pot alege două variante.

Prin supraturnare sau prin lipire în suprastructura metalică.

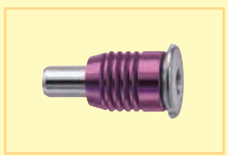
Zăvorul fixat.

Cu posibilitatea deschiderii vestibulare.

ATENŢIE!
Zăvorul pentru varianta cu SUPRATURNARE este diferit de cel pentru lipit şi înglobat în şaua acrilică.

Componentele sistemului

Zăvorul fixat în acrilat Easy-Snap E



Zăvorul închis Easy-Snap E

REF 440 0N65 8

Menţinător de spaţiu din ceramică E

REF 440 0065 7

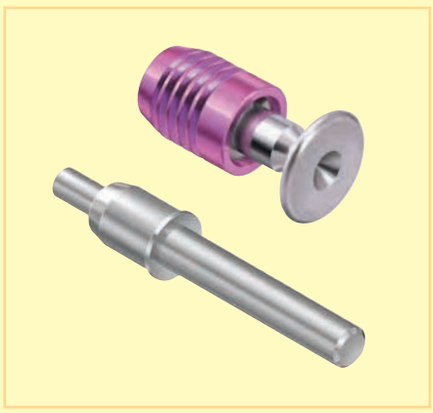
Leră pt. modelat

REF 440 0066 1

Zăvorul cu clic (supraturnare) Easy-Snap A

Tija zăvorului Easy-Snap A

REF 440 0N65 9



Zăvorul deschis Easy-Snap E

REF 440 0N65 8

Tijă pt. modelat E

REF 440 0065 6

Zăvorul cu supraturnare Easy-Snap A

REF 440 0N66 0

Tijă pt. modelat A

REF 440 0N65 5

bredent group

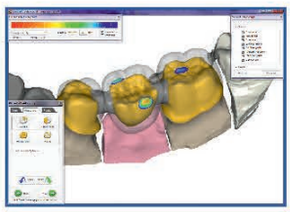
Începe astăzi afacerea ta și plătește peste 6 luni !

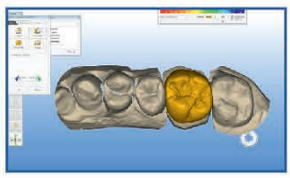
EvoTech3D
High Performance CAD/CAM Technology
SCANNER

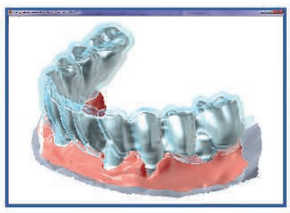
Practic, nu avem competiție !

9,950 euro !*

prețul pentru scanner și software







Zirconiu

începând de la

15.50 euro*

021 314 43 41 ROMTELECOM
021 316 11 42 ROMTELECOM

0725 21 21 77 VODAFONE
0746 10 48 47 ORANGE

office@evotech3D.ro

*Toate prețurile menționate nu includ TVA

www.evotech3D.ro

NOU de la **SpofaDental**
A Kerr Company

Easy System Solution

Soluția oferită de **Sistemul Easy** pentru restaurări corono-radiculare

Easy*glass*Post

Pivoți din compozit armat cu fibre de sticlă

Trei produse noi care funcționează perfect împreună, dar și ca materiale individuale.

EasyCEM

Ciment rășinic autoadeziv

EasyCore

Material de restaurare a bonturilor armat cu fibre de sticlă

Dealeri

Dentamed Craiova
Tel: 0723 291 339

Dentex Trading București
Tel: 021 256 91 33

Dentotal Protect București
Tel: 021 311 56 19

Helios Medical & Dental București
Tel: 021 408 71 04/05

Medica M3 Comexim SRL Cluj-Napoca
Tel: 0264 592 206

Tehnodent Poka Timișoara
Tel: 0256 246 114

SpofaDental a.s.
Reprezentanța Comercială
Belvedere Office Building, Str. Baba Novac nr. 19A
etaj 2, Sector 3, București, ROMÂNIA
Tel. direct: +4 021 315 45 49
Fax: + 4 021 315 45 48
www.spofadental.com

SpofaDental
A Kerr Company

PROTEZA UNITERMINALĂ ÎN EDENTAȚIA DE CLASA A II-A CU O MODIFICARE PARȚIAL PROTEZATĂ CONJUNCT

Prezentare de caz

Şef. Lucr. Dr. Oana Cella Andrei[1)], Teh. Dent. Bogdan Dobrin[2)]
[1)]Disciplina de Protezare Parțială Mobilizabilă, UMF "Carol Davila" Bucureşti, [2)] Laborator privat

ABSTRACT

Nowadays, patients are well informed and seeking esthetic and functional prosthetic restorations as main reason to come to the dental office. In plus, these restorations must match their economical resources, especially in our country where there is no other option then to pay them directly from the patient's pocket. The patient reported here lost one of his mandibular bridges but wanted to keep the other restorations in place, as long as they were functioning well and were in good state. Treatment options including implants, cantilever bridge, classical RPD with clasps and unilateral RPD were presented and he preferred the unilateral RPD with attachments as the most functional, comfortable, economic and esthetic solution. For this type of RPD we used the Rhein 83 OT Unilateral attachment and two porcelain-fused-to-metal crowns on the abutment teeth. Kennedy class II patients which for various reasons are not suitable for implanto-prosthetic therapy can be successfully rehabilitated using a unilateral removable partial denture with a special type of attachment.
Keywords: unilateral removable partial denture, unilateral attachment

REZUMAT

Pacienții au în prezent un acces din ce în ce mai facil la informație şi cer medicilor restaurări protetice atât funcționale cât şi estetice. De asemenea, aceste restaurări trebuie să se încadreze în bugetul fiecăruia dintre ei, având în vedere că în țara noastră nu există altă variantă de plată decât din propriile resurse. Pacientul al cărui caz este prezentat aici şi-a pierdut una dintre punțile mandibulare, dar dorea să îşi păstreze toate celelalte lucrări protetice, dealtfel funcționale şi în stare foarte bună. Opțiunile de tratament discutate au fost protezarea pe implante, puntea în extensie distală, proteza scheletată clasică cu croşete turnate şi proteza scheletată uniterminală cu sisteme speciale de menținere, sprijin şi stabilizare. În urma acestei prezentări, pacientul a preferat ultima variantă, considerând-o ca fiind cea care întrunea cel mai bine criteriile de funcționalitate, confort, preț de cost şi estetică. La confecționarea acestei proteze s-au utilizat sistemul special Rhein 83 OT în asociere cu două coroane metalo-ceramice solidarizate pe dinții stâlpi. Pacienții cu edentație de clasa a doua Kennedy care din diferite motive nu sunt candidați pentru terapia implanto-protetică pot fi reabilitați cu succes utilizând aceste proteze uniterminale cu sistem special.
Cuvinte cheie: proteză uniterminală, sistem special de menținere, sprijin şi stabilizare

Introducere

Edentația de clasa a II-a Kennedy cu o breşă suplimentară pe hemiarcada contralaterală are ca soluție clasică de elecție confecționarea unei proteze scheletate cu conector principal care să protezeze ambele edentații. Această soluție oferă din punct de vedere biodinamic cel mai bun echilibru al triadei formate din menținere, sprijin şi stabilizare, mai ales în situația în care se utilizează sisteme speciale de ancoraj. Anumite circumstanțe clinice specifice cazului respectiv pot constitui argumente serioase care să determine medicul să proiecteze un alt tip de tratament; acestea reprezintă excepții.

Acest caz al unui pacient în vârstă de 52 de ani ilustrează o situație clinică în care suntem nevoiți să soluționăm o edentație de clasa a II-a cu o modificare Kennedy în condițiile în care restul cavității orale este deja restaurat, corect, complet şi suficient de recent astfel încât pacientul să nu îşi dorească înlocuirea lucrărilor protetice existente (Fig. 1). Deoarece nu au existat motive funcționale care să indice necesitatea de a renunța la punțile şi coroanele metalo-ceramice, în momentul în care dintele stâlp distal 38 a devenit irecuperabil (Fig. 2) şi a fost extras, soluțiile de tratament erau protezarea pe implante, puntea în extensie distală, proteza scheletată clasică cu croşete turnate sau sisteme speciale şi proteza scheletată clasică uniterminală cu sisteme speciale de menținere, sprijin şi stabilizare. De comun acord cu pacientul şi având în vedere şi terenul parodontopat, a fost aleasă ultima variantă, adică proteza uniterminală ancorată cu un sistem de două capse solidarizate şi poziționate diferit [1].

Fig. 1. Situația pacientului evidențiată pe radiografia panoramică.

Fig. 2. Aspectul lui 38 cu indicație de extracție.

Fig. 3. Aspectul maxilarului inferior înainte de protezare.

Fig. 4. Aspectul lucrărilor preexistente în ocluzie.

În urma ablației lucrării metalo-ceramice din cadranul IV, s-au confecționat două coroane de acoperire acrilice solidarizate care au fost utilizate pentru protecția dinților stâlpi 33 şi 34 în cursul etapei de vindecare post-extracțională (Fig. 3). Cu excepția tratamentelor de întreținere a parodonțiului, în urma examinării s-a constatat că nu au fost necesare alte intervenții (Fig. 4) şi s-a putut trece la tratamentul protetic propriu-zis, cu amprenta de spălare pentru confecționarea elementelor de agregare. Deoarece avem ca dinți stâlpi numai caninul şi premolarul unu, este foarte important ca sprijinul mixt al acestei proteze să fie corect, mai exact obținerea unui sprijin muco-osos la o valoare maxim posibilă este crucială pentru protecția parodonțiului acestor dinți. Iată de ce este obligatorie extinderea şeii în limite maxim funcționale [2,3].

Sistemul special utilizat este format din macheta unui braț pe care sunt poziționate două sfere, una orizontală şi cealaltă sagitală şi macheta lăcaşelor pentru aceste sfere care se include în şaua protezei (Fig. 5). Acesta a fost poziționat cu pensa specială şi ataşat prin lipire cu ceară la macheta elementelor de agregare (Fig. 6). Pentru funcționalizarea lui au fost executate la paralelograf frezaje orale cu praguri şi pinteni interni (interlock-uri) pe macheta elementelor de agregare (Fig. 7). La proba metalului elementelor de agregare (Fig. 8) se va verifica, pe lângă adaptarea acestuia pe câmpul protetic, şi poziționarea corectă a capselor pe mijlocul crestei edentate (Fig. 9) pentru a evita inducerea unor torsiuni ulterioare ce pot să apară din cauza basculării laterale în masticație. În situația în care capsele nu se aliniază pe mijlocul crestei, proteza funcționează ca şi când ar avea dinți artificiali fie supradimensionați în sens vestibulo-oral, fie montați în afara perimetrului de sprijin al crestei edentate. Trebuie de asemenea ținut cont şi de prezența torusului mandibular care impune despovărarea de presiuni.

Transferul părții metalice cu cheia „păianjen" pe baza de frezat rigidă are loc tot cu ajutorul paralelografului (Fig. 10), iar frezajele efectuate inițial în ceară se definitivează pe metal (Fig. 11), urmând ca după ceramizarea lucrării să fie finisate pentru eliminarea oxizilor rezultați la arderea în cuptorul de ceramică (Fig. 12).

După proba în ocluzie efectuată în cabinet se poate lua amprentă în aceeaşi şedință pentru lingura individuală, deoarece arderea de glanz nu presupune modificări volumetrice. Pe modelul turnat din ghips obişnuit se foliază

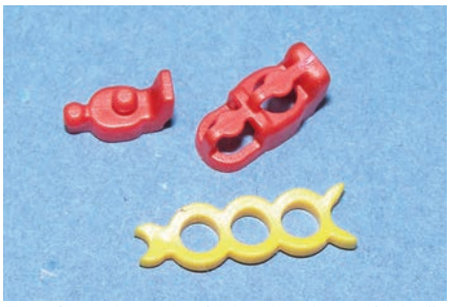


Fig. 5. Sistemul special prefabricat şi macheta prefabricată a armăturii şeii.

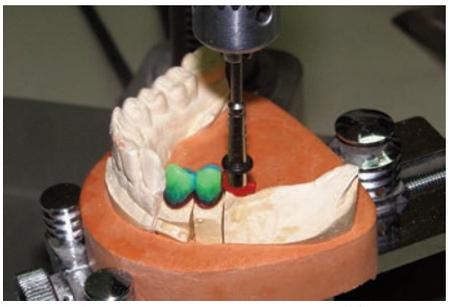


Fig. 6. Poziționarea capselor cu pensa specială în axa de inserție.

Fig. 7. Completarea şi funcționalizarea sistemului prin frezaje orale în aceeaşi axă.

Fig. 8. Proba metalului elementelor de agregare.

Fig. 9. Montarea capselor pe mijlocul crestei edentate şi prezența torusului mandibular.

Fig. 10. Transferul părții metalice cu cheia "păianjen" pe baza de frezat rigidă.

Fig. 11. Definitivarea frezajelor pe baza de frezat.

Fig. 12. Finisarea pragurilor şi interlock-urilor.

Fig. 13. Folierea modelului şi perforarea cerii pentru a obține stopuri ocluzale şi incizale.

Fig. 14. Lingura individuală cu casetă şi stopuri ocluzale şi incizale înainte de prelucrare.

zonele cu dinți prezenți pe arcadă şi se efectuează orificii în dreptul marginilor incizale şi a fețelor ocluzale (Fig. 13) pentru ca lingura individuală să aibă prevăzute stopuri incizale şi ocluzale (Fig. 14) care să îi asigure aceeaşi poziționare de fiecare dată când este aşezată pe câmpul protetic. Lingura individuală a fost probată şi adaptată în cavitatea bucală. În zona distală a cadranului III a fost efectuată o „închidere" din material termoplastic de culoare roz în scopul de a înregistra mucoasa cât mai funcțional posibil, sub presiune, pentru a micşora gradul de înfundare al viitoarei proteze. La aceasta a contribuit şi materialul de amprentă (Fig. 15) reprezentat de un silicon de adiție de consistență medie, de asemenea important deoarece elementele de agregare au rămas prinse în amprentă exact în poziția din cavitatea bucală (Fig. 16).

Pentru protezele scheletate uniterminale de acest gen, de dimensiune mică şi cu puține elemente de complexitate, macheta scheletului se poate efectua direct pe modelul funcțional, fără a utiliza un model duplicat (Fig. 17, 18, 19, 20). Acest lucru reprezintă atât o excepție în protezarea scheletată cât şi, după părerea noastră, o posibilitate de diminuare a preciziei. În orice caz, chiar dacă metoda constituie o economie de timp pentru tehnician, costurile nu sunt neapărat diferite din punctul de vedere al prețului în laborator al lucrării finite. După dezambalare şi prelucrare, scheletul este adaptat şi aşezat pe modelul de lucru (Fig. 21). Deasupra sistemului special se aplică agent de mascare de culoare albă, în timp ce pe armătura şeii acesta va fi de culoare roz (Fig. 22).

Scheletul se trimite în cabinet la probă împreună cu elementele de agregare (Fig. 23). Alegerea culorii dinților artificiali s-a făcut cu ajutorul culorii elementelor de agregare (Fig. 24) iar la faza de probă a machetei a fost verificată ocluzia (Fig. 25). Macheta a fost finisată şi pregătită de ambalare (Fig. 26, 27, 28). În această fază se observă rolul stopului mucozal al armăturii şeii scheletului (Fig. 29), care este machetat pentru a împiedica deplasarea scheletului metalic în faza de îndesare a acrilatului în tipar şi pentru a evita astfel obținerea unei proteze deformate care nu se inseră corect.

Proteza la gata este trimisă în cabinet pentru probă şi adaptare ocluzală atât static cât şi dinamic (Fig. 30, 31). Urmează cimentarea elementelor deagregare care se face cu proteza inserată corect, în poziție de IM. ☞ pag 16

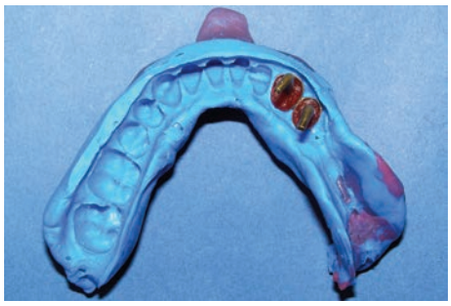


Fig. 15. Amprenta funcțională cu silicon de adiție de consistență medie.

Fig. 16. Aspectul elementelor de agregare pe modelul funcțional turnat după cofrare.

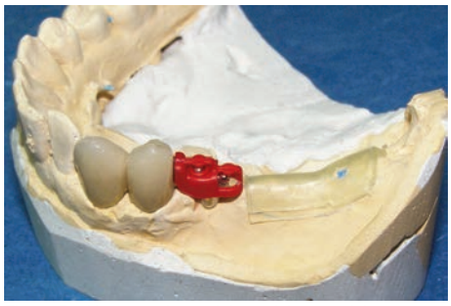


Fig. 17.Poziționarea sistemului special pe model.

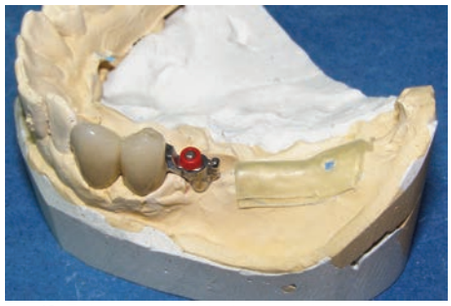


Fig. 18. Folierea pentru distanțarea scheletului de mucoasă cu păstrarea stopului mucozal.

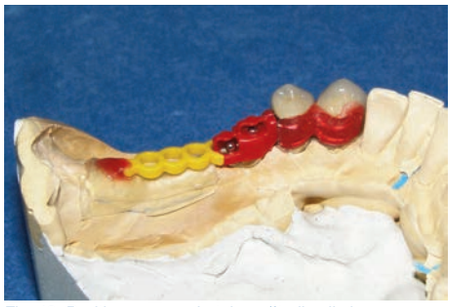


Fig. 19. Poziționarea machetei armăturii şeii şi machetarea brațelor opozante.

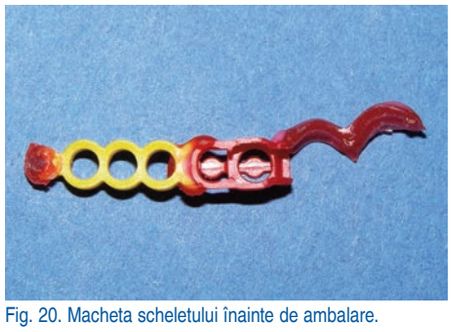


Fig. 20. Macheta scheletului înainte de ambalare.

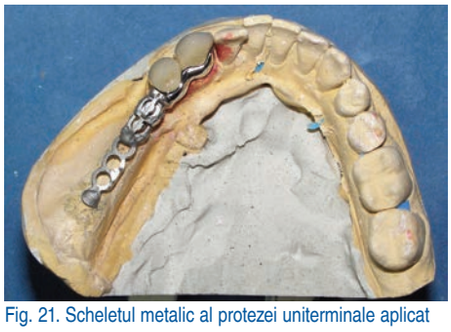


Fig. 21. Scheletul metalic al protezei uniterminale aplicat pe model.

Fig. 22. Aplicarea agenților de mascare pe schelet.

Fig. 23. Proba scheletului în cavitatea bucală.

Fig. 24. Garnitura de dinți artificiali.

:DENTEX

DeguDent
A Dentsply Company

3SHAPE D500

16.725 euro

Scanerul 3Shape D500 este proiectat pentru laboratoare mici și mijlocii. D500 este conceput pentru a oferi scanare 3D la cel mai bun raport calitate preț.

BRAIN MC XL

42.850 euro

Brain MC XL este o mașină de frezare modernă, cu un design compact. Ideal pentru frezarea blocurilor Crypton (Cr-Co) și Celtra (ZLS- zircon-litiu-silicat)

3SHAPE D800

29.990 euro

Scanerul 3Shape D800 este proiectat pentru laboratoare medii și mari. D800 este scanerul cu cea mai avansată tehnologie de pe piață.

BRAIN XPERT

62.950 euro

Mașină de frezare liniară pentru precizie și dinamică maximă. Ideal pentru frezarea blocurilor Cercon Base și Cercon HT (40% transparență)

PROFIRE2 PRESS

6.600 euro

Cuptor combi de ardere și presare

PLATA ÎN 12 RATE LUNARE!

CUPTOR DE SINTERIZARE HEATDUO

Cuptor de sinterizare cu funcție dublă, sinterizare în mediu de argon pentru CrCo Crypton, și sinterizare zirconiu atât prin metoda convențională cât și prin metoda rapidă.

Pentru ZrO_2	**11.850 euro**
Pentru Ar	**14.260 euro**
Pentru Ar+ZrO_2	**16.250 euro**

www.dentex.ro
Suport: e-mail: marius@dentex.ro
Marius Gheorghe - Tel.: 0726.777.111

Proteza se trimite apoi în laborator unde retuşurile sunt urmate de relustruire (Fig. 32).

Dacă laboratorul este la distanță, medicul poate efectua în cabinet finisarea, cu piesa dreaptă şi gume de duritate diferită. Lustrul perfect este obligatoriu pentru a împiedica aderența alimentelor la proteză şi a micşora riscul de desprindere involuntară. Zona de sprijin mucoosos trebuie să fie extinsă la maximum-ul posibil pentru a suplimenta lipsa de sprijin fiziologic dento-parodontal şi a proteja astfel pe cât posibil dinții stâlpi (Fig. 33). Se obține astfel o restaurare estetică şi funcțională [4] a unei hemiarcade edentate în cazul unui pacient cu o edentație parțială întinsă care însă este corect protezată în celelalte cadrane (Fig. 34).

Discuții și concluzii

Pacientul este mulțumit atât de aspectul, costul şi funcționalitatea lucrării, cât şi de păstrarea celorlalte restaurări. Protezele uniterminale nu induc pacienților atât de mult stres ca cele de arcadă, deoarece având volum mai mic seamănă mai puțin cu protezele clasice „din pahar" şi deci sunt mai puțin asociate cu ideea de îmbătrânire, de aceea pacienții le acceptă mai uşor. Dacă sunt corect executate, integrarea lor biologică este aproape instantanee.

Bibliografie

1. Rubel B, Hill EE, Unilateral semi-precision removable partial denture utilizing Bredent VKS-SG attachment system, NYSDJ, pg. 36-38, june-july 2009

2. Todorovic A, Radovic K, Grbovic A, Rudolf R, Maksimovic I, Stamenkovic D, Stress analysis of a unilateral complex partial denture using the finite element method, Materials and technology 44 (2010) 1, 41-47

3. Patrnogic V, Todorovic A, Scepanovic M, Radovic K, Vesnic J, Grbovic A, Free-end saddle lenght influence on stress level in unilateral complex partial denture abutment teeth and retention elements, Voinosanit Pregl 2013; OnLine-First May (oo): 28-28

4. Andrei OC, Hutu E, Dobrin B, Proteza scheletată uniterminală cu sistem special, Dental Target, vol. V, nr. 2(15), mai 2010

Fig. 25. Proba machetei în ocluzie.

Fig. 26. Macheta pregătită de ambalare.

Fig. 27. Aspect înainte de scurgerea cerii.

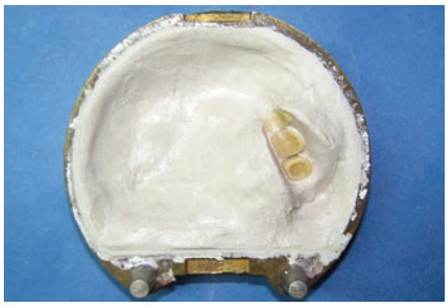


Fig. 28. Aspect după scurgerea cerii.

Fig. 29. Evidențierea rolului stopului mucozal.

Fig. 30. Proteza la gata în cavitatea bucală - normă laterală.

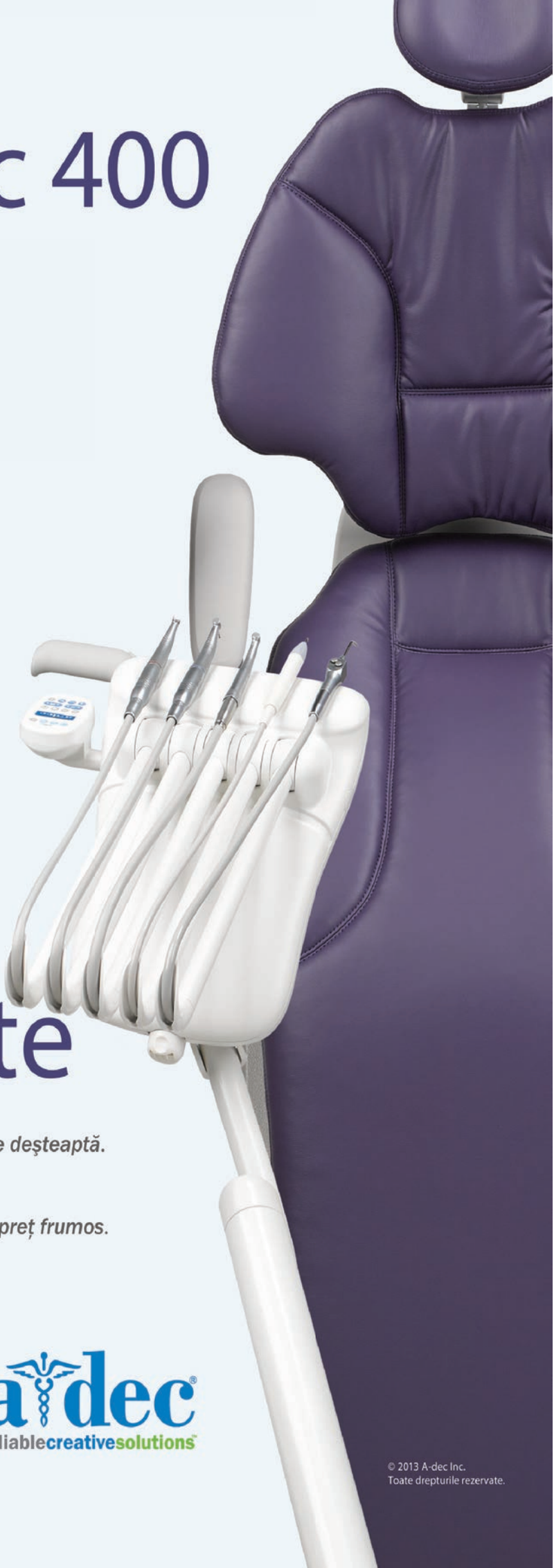
Fig. 31. Proteza la gata în cavitatea bucală aspectul planului de ocluzie.

Fig. 32. Aspectul elementelor de agregare - normă laterală.

Fig. 33. Evidențierea adaptării şeii protezei la mucoasă.

Fig. 34. Aspect final al restaurării.

Noul A-dec 400



Flexibilitate

Faceţi cunoştinţă cu noul ***A-dec 400***!
Productivitate, ergonomie şi confort, într-o ***abordare deşteaptă.***
Eleganţă într-o ***configuraţie versatilă.***
A-dec 400 combină ***forma*** şi ***funcţionalitatea***,
într-un ***rezultat necomplicat***, un ***design cu stil*** şi un ***preţ frumos***.

MEDICAM3

Sediu Central

Cluj-Napoca: Str. Iuliu Haţieganu nr. 4
tel.: 0741-277.069, 0741-277.081, 0744-354.135
marketing@medicam3.ro, teodormicu@medicam3.ro
www.medicam3.ro

a-dec®
reliablecreativesolutions™

© 2013 A-dec Inc.
Toate drepturile rezervate.

De la designul umărului implantului la un zâmbet armonios

Restaurarea unui pacient edentat prin lucrări parţial mobilizabile

Hans -Joachim Lotz, MDT, Weikersheim – Germania
Traducere Dr. Andrea Czimmerman

Zâmbetul nostru face parte din identitatea noastră. Recrearea caracteristicilor zâmbetului unui pacient edentat reprezintă punctul culminant al proteticii dentare.

Fig. 1 a şi b. Individualitatea pacientului trebuie oglindită în orice recosntrucţie protetică. Această pacientă a avut din copilărie o linie înaltă a surâsului. Se prezintă în jurul vârstei de 60 de ani edentată total bi-maxilar.

Când zâmbim, transmitem emoţii. Oamenii răspund emoţional intens la felul cum ne folosim gura. Dacă ne arătăm dinţii, dezvăluim ceva despre noi înşine. Acestea sunt doar câteva exemple ce ilustrază faptul că gura noastră are nu doar o funcţie biologică, ci reflectă şi sentimentele noastre. Orice echipă medic-tehnician ţinteşte să recreeze caracteristicile anatomo-funcţionale ale dinţilor şi ale ţesuturilor înconjurătoare. Pacienta s-a prezentat la noi cu dorinţa de a-i restaura ambele arcade edentate. La prima vedere am observat o linie înaltă a zâmbetului şi o buză superioară scurtă. Creasta mandibulară era sever atrofiată. Prin comparaţie, osul alveloar maxilar părea nedorit de mare. Restaurările parţial mobilizabile (sau parţial fixe) pot oferi avantaje faţă de cele fixe (ex. posibilitatea igienizării).Pentru acest caz am selectat ca şi opţiune de tratament restaurări parţial mobilizabile pe implante, o opţiune de tratament utilizată cu succes timp de decade. Echipa a hotărât să insere 6 implante maxilar şi 4 mandibular.

Procedura în laborator

După osteointegrarea implantelor, s-a luat amprenta. Ne-a devenit clar, în etapa de planificare protetică detaliată, că nu vom avea o sarcină uşoară. Datorită crestei aleveolare maxilare mari, spaţiul vertical ce ne rămânea la dispoziţie era limitat. Dimensiunea verticală a mandibulei era prin urmare, mare. Suprastructurile trebuiau astfel concepute încât să diminueze această discrepanţă. În plus, dinamica pronunţată a buzei superioare a pacientei ne-a pus probleme suplimentare. Ţinta era de a găsi o cale spre a camufla tranziţia dintre lucrarea protetică şi ţesuturile gingivale naturale pentru o integrare naturală. Înălţimea scăzută a osului alveolar, din nou, s-a dovedit a fi o limitare - restaurarea maxilară a trebuit scurtată, fără să mai ajungă în fundul de sac.

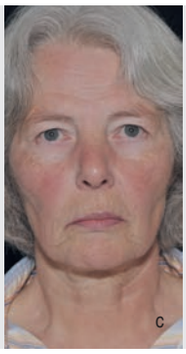


Fig. 2 a și b Mock-up spre a vizualiza rezultatul. Am analizat criteriile obiective și subiective.

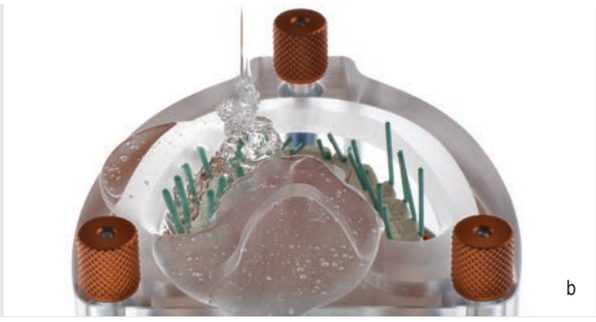


Fig. 3 a și b Mock-up-ul a fost duplicat într-o cuvetă transparentă utilizând silicon transparent.

Crearea mock-up-ului

După transferarea modelelor în articulator, s-a creat un mock-up și s-a făcut o probă pe pacient spre a vizualiza prospectiv rezultatul (Fig 2 a și b). Pentru ca pacienta să nu fie distrasă de o culoare nenaturală, pentru porțiunea coronară am folosit un material poliuretanic colorat natural. Cu mock-up-ul inserat în gura pacientei, dentistul a putut să clarifice toate împrejurările neprevăzute în timp ce aduna preferințele estetice, documenta aspectele legate de funcție și fonetică.

În faza de mock-up, sunt testate următoarele caracteristici obiective și subiective:

- a fost transferat fidel și corect planul ocluzal?
- cum este relația mandibulo-maxilară de ocluzie?
- a fost atins un echilibru armonios între estetica albă și roz?
- cât de mult alb este posibil, cât de mult roz este necesar spre a asigura un zâmbet armonios?
- fonetica, articularea corectă a sunetelor este posibilă?
- care sunt sentimentele subiective ale pacientei față de lucrare și dacă se poate identifica cu ea?
- are dorințe suplimentare, cereri sau amendamente?

Planificarea suprastructurii

Într-un caz ca acesta, munca preliminară necesită timp și o analiză detaliată a situației clinice. Pentru arcada maxilară am hotărât să fabricăm o punte telescopată fațetată cu compozit. Datorită lipsei dimensiunii verticale s-au utilizat blocatori adiționali. Numai fricțiunea de la nivelul telescoapelor nu era suficientă spre a menține structura într-o poziție fixă. Lucrarea de pe arcada mandibulară era susținută pe o bară și din nou am utilizat material compozit pentru componenta fizionomică. Pentru obținerea unei fricțiuni de durată aici s-au folosit attachement-uri (Preci Line). Întrucât pentru implantare s-a utilizat osul existent, implantele nu erau distribuite în mod ideal pe creastă. Datorită înălțimii extreme a ocluziei, stabilitatea fizică (forțele de pârghie) era o altă preocupare.

Fabricarea lucrării finale

Au fost fabricate elementele retentive primare și secundare. Structurile au fost verificate pe pacient și le-am verificat și acuratețea adaptării (Fig. 4 a și b).

Obținerea unei adaptări cu tensiune zero era obligatorie, deci nu o mai menționăm, decât în trecere.

Structurile au fost acoperite cu un material compozit special de fațetare SR Nexco.

Acest material compozit de laborator foto-polimerizabil cu umplutură de micro-opal este caracterizat prin proprietăți de manipulare specific conduse în funcție de nevoile tehnicicanului dentar. Oferă frumusețe optică și un comportamnet clinic bun.

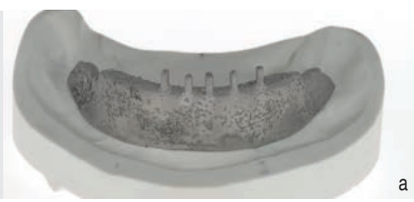


Fig. 4 a pana la c - Proba structurilor pe model și în cavitatea bucală a dovedit o adaptare fară tensiuni (mandibulă - bară pe implante, maxilă - punte pe telescoape).

Fig. 5. Restaurarea mandibulară în faza de dentină.

Fig. 6 ...și apoi cu reducerea treimii incizale și ...

Fig. 7 ..completată cu mase de incizal.

Fig. 8 a până la d - Construirea prin stratificare a porțiunilor gingivale utilizând paleta coloristică vastă a lui SR Nexco.

Datorită proprietăţilor sale fizice și optice, SR Nexco este ideal pentru acest tip de lucrări. Comparat cu ceramicile, compozitul este capabil să absoarbă forțele și este, prin urmare, adecvat în mod special în restaurările pe suport implantar.

În acest stadiu, am putut beneficia de meticulozitatea abordării noastre din faza de planificare și de metoda cuvetei transparente. Am presat pe structura condiționată SR Nexco Dentină în nuanța coloristică adecvată și polimerizată (Fig. 5). Cu această metodă am reprodus omogen proteza în dentină într-un timp relativ scurt. Am îndepărtat reconstrucția din cuvetă și am redus din treimea incizală cu ajutorul cheii siliconice (Fig. 6). Pentru a completa porțiunea incizală, am aplicat materialul corespunzător de incizal în cuveta ai am presat-o pe miezul de dentina la cald şi ulterior am polimerizat-o.

Efectele vitale ca fluorescența și opalescența sunt extrem de importante pentru a asigura integrarea nuanței coloristice a dinților sub diverse surse de lumină.

În câțiva pași am transferat restaurarea din faza de planificare în stadiul finit de reconstrucție utilizând o dentină estetică și un build-up incizal (Fig. 7).

După presare am probat lucrările pe modele și am verificat parametrii funcționali în articulator făcând ajustările necesare. Pasul următor a fost să creăm porțiunile gingivale cât mai vital.

Fig. 9 a la c - Restaurările în faza finală pe model.

Fig. 10 După polișare compozitul de laborator are un luciu impresionant.

Fig. 11 și 12 Proprietățile de opalescență naturală pot fi observate aici.

Fig 13. Gura oglindește emoțiile, dinții se integrează în mediul oral.

Fig. 14 și 15 În ciuda situației inițiale suboptimale, am atins un rezultat care se potrivește caracteristicilor pacientei, căreia i-a fost redată individualitatea (cf. Fig. 1 a și b).

Aici, paletarul vast de culori al SR Nexco și-a desfășurat adevăratul potențial. Materialele gingivale au fost aplicate manual pe structură. Masele gingivale sunt într-o multitudine de nuanțe, grade diferite de opacitate și transluciditate, stimulând creativitatea (Fig. 8 a la d).

Am acordat atenție formei, morfologiei și structurii suprafețelor. După finisare (Fig. 9 a la c) am făcut o probă inițială în gura pacientei. Am verificat din nou toate aspectele evaluate în faza de mock-up.

În plus, am verificat și efectele de culoare. Am examinat cu mare atenție tranziția dintre gingia naturală și cea artificială pe arcada maxilară. Vă aduceți aminte: dinamica accentuată a buzei superioare a pacientei dezvelea întreg spațiul vestibular când râdea.

Oricum, această caracteristică nu a redus sucesul estetic. După îndeplinirea tuturor criteriilor, împreună cu staisfacția pacientei și a echipei, a.î. a fost aprobată finisarea și polișarea lucrărilor.

În timpul lustruirii au ieșit la iveală caracteristicile superbe și proprietățile omogene ale materialului au devenit evidente (Fig. 10). Combinația optimă dintre umplutura cu micro-opal și matricea organică permite ca SR Nexco să fie polișat până la un luciu înalt, durabil fără egal. Fefectul natural de opalescență poate fi văzut în imaginile 11 și 12 și este, printre altele, rezultatul conținutului crescut de umplutură anorganică de opal. Proprietățile optice pot fi cel mai bine observate în lumină transmisă și incidentă. Este greu de crezut că acesta este un compozit.

Studiile au arătat că SR Nexco oferă stabilitatea coloristică de lungă durată, un luciu durabil și afinitate scăzută a plăcii bacteriene, furnizând echipei o asigurare a fiabilității. Pacienta a fost foarte încântată de restaurările ei “fixe”.

Restaurările se armonizează natural cu trăsăturile feței pacientei (Fig. 13). În ciuda situației inițiale am reușit să confecționăm restaurări estetice, personalizate, înalt estetice. Am asigurat atât posibilitatea igienizăriim cât și stabilitatea pe termen lung.

Concluzie

Eforturile noastre au fost răsplătite cu o pacientă fericită (Fig. 14 și 15). Am fost la fel de mulțumiți când am revăzut pacienta după un timp și am fost răsplătiti cu același zâmbet recunoscător. Un plan de tratament bine structurat și materialele ideale permit îndeplinirea necesității umane fundamentale: individualitatea.

Hans-Joachim Lotz, MDT
Weikerheim - Germany

TIANA DENT
import și distribuție

acum și magazin online **www.tianadent.ro**

Trystolit

Avantaje:

1. Topirea aliajului în vid
2. Nu necesită creuzete
3. Nu necesită inele de turnare
4. Conectare la o priză normală de 230V și la rețeaua de aer comprimat a laboratorului
5. Pompă de vid și sistem de răcire cu apă încorporat
6. 10 turnări pe oră
7. Mic și ușor, ocupă puțin spațiu
8. Semi-automatic, foarte ușor de folosit
9. Conține accesorii atât pentru proteze fixe cât și scheletate
10. Conține conformatoare pentru chiuvete

GARANȚIE 2 ANI

8990 €
TVA INCLUS
~~9644 €~~

Vacuum Malaxor

» Semi-automatic, ușor de folosit
» Necesită doar conectare la priză
» Se poate monta pe perete
» Dimensiuni mici
» Zgomot redus

1175 €
TVA INCLUS

Steamer

1375 €
TVA INCLUS

» fabricat din oțel inoxidabil
» alimentare cu apă automată din container-ul propriu
» conenctat la rețeaua de aer comprimat, curățirea cu aburi și uscarea cu aer încălzit se poate face cu același pistol
» încălzire rapidă a apei
» poate fi poziționat pe masă sau pe perete

TIANA DENT
str. T. Arghezi nr.7
tel: 0756 163 143
fix: 0269 436 425
fax: 0269211781
email: tianadent@gmail.com

TRYSTOM
TECHNOLOGIES & SOLUTIONS

P1212S.01

Oral-B®

2 LATERALE FLEXIBILE. 1 CURĂȚARE SUPERIOARĂ.*

ÎNDEPĂRTEAZĂ MAI MULTĂ PLACĂ BACTERIANĂ DE-A LUNGUL MARGINII GINGIVALE.*

Periuța Oral-B PRO-EXPERT Clinic Line Pro-Flex valorifică perii CrissCross®, de precizie, dispuşi în unghi de 15°, care oferă o eficienţă superioară în îndepărtarea plăcii bacteriene şi lateralele Pro-Flex care se adaptează contururilor din cavitatea bucală pentru a acţiona cu blândețe asupra dinților şi gingiilor.

*vs. o periuță manuală obișnuită în periaj normal.

P12125.01

Continuă îngrijirea ce începe în cabinetul dumneavoastră

blend-a-med RESEARCH CENTERS Oral-B

CALITATEA ESTETICII

Powered by Ivoclar Vivadent

VIENNA LONDON RIMINI MEXICO CITY

COMPETENCE IN ESTHETICS 2013

Vienna, 15 - 16 Noiembrie 2013

ÎNREGISTRAȚI-VĂ ACUM

TAXA DE PARTICIPARE

Înregistrare înainte de 28 Septembrie 2013		Înregistrare după 28 Septembrie 2013	
Dentiști/ Tehnicieni:	EUR 190 incl. VAT	Dentiști/ Tehnicieni:	EUR 220 incl. VAT
Studenți/ Asistente:	EUR 95 incl. VAT	Studenți/ Asistente:	EUR 95 incl. VAT
Numai Petrecere:	EUR 65 incl. VAT	Numai Petrecere:	EUR 65 incl. VAT

Studenții trebuie să fie înscriși la stomatologie sau la școli acreditate de tehnică dentară. Vă rugăm să trimiteți o copie a carnetului vizat la zi împreună cu formularul de înregistrare.

TERMEN DE PLATĂ ȘI ANULARE

Dacă s-a făcut pre-înregistrarea, serviciile pot fi plătite fie prin transfer bancar, fie prin card de credit. Organizatorul acceptă anulările făcute numai până în data de 14 Octombrie 2013. În acest caz, suma va fi returnată după deducerea a 25% costuri tehnice. În caz de anulare după data de 14 Octombrie, nu se vor mai returna banii. Participanții înscriși, care nu pot participa, au dreptul să trimită o altă persoană în locul lor fără a plăti nicio taxă adițională.

TAXA COMPLETĂ DE PARTICIPARE INCLUDE:

- Expoziția dentară,
- Programul Competence in Esthetics 2013
- Pauzele de cafea
- Petrecerea de Vineri seara (cu Program și muzică live)
- Mesele de prânz și bufetul de Sâmbătă
- TVA-ul austriac de 20%

ÎNREGISTRAREA PE LOC LA VIENA

Înregistrarea începe de Vineri 15 Noiembrie 2013 ora 10.00 și va rămâne deschisă pe toată perioada Congresului.

LIMBA OFICIALĂ

Limba oficială a Congresului este engleza cu traducere simultană în diferite limbi, depinzând de nevoia și numărul participanților.

Powered by

ivoclar vivadent®

passion vision innovation

ÎNFORMAȚII DESPRE PROGRAM : http://www.ivoclarvivadent.com/cie2013/en/program/

ÎNFORMAȚII DESPRE LECTORI : http://www.ivoclarvivadent.com/cie2013/en/speakers/

ÎNREGISTRARE ONLINE : https://server1.icos.at/cie2013/reg.php

ÎNFORMAȚII DESPRE CAZARE : http://www.ivoclarvivadent.com/cie2013/en/accomodation

ÎNFORMAȚII LOCAȚIE EVENIMENT : http://www.ivoclarvivadent.com/cie2013/en/event-location

HARTA ȘI DIRECȚIONARE : http://www.ivoclarvivadent.com/cie2013/en/directions

PROGRAMUL EVENIMENTULUI

VINERI: 15 Noiembrie

Sesiunea Principală – PREZENTĂRI

13:00 – 13:15	Ceremonia de deschidere Gernot Schuller (FL), Josef Richter (FL), Univ. Prof. Dr. Gerwin Arnetzl (AT)
13:15 - 13:45	Restaurările din rășini compozite – de ce eșuează sau reușesc Dr. Roberto Spreafico (IT)
13:45 – 14:15	Menținerea și regenerarea papilei dentare în terapia estetică prin implante Dr. Istvan Urban (HU)*
14:15 - 14:45	Rezultatul clinic al coroanelor integral ceramice și al microprotezelor dentare fixe cimentate adeziv Prof. Dr. med. dent. Matthias Kern (DE)
14:45 – 15:30	Coffe Break
15:30 – 16:15	Noi Oportunități de îmbunătățire în zona estetică Dr. Eric Van Dooren (BE)*
16:15 – 17:00	De la minim-invaziv la NON-invaziv: o realitate Dr. Francesca Vailati (CH)
17:00 – 18:30	Reabilitarea funcțională și estetică în cazurile complexe – o abordare în echipă Prof. Dr. med. dent. Daniel Edelhoff (DE) & Oliver Brix (DE)
18:30 – 18:40	Tranziția spre programul serii Univ. Prof. Dr. Gerwin Arnetzi (AT)
18:40 – 19:30	The show must go on – showtime
19:30 – 24:00	Esthetic Party cu bufet

Sesiuni Paralele – WORKSHOPURI / DEMONSTRAȚII LIVE SUB REFLECTOR

11:00 – 13:30	Diversitatea sistemului IPS e.max (în germană) Oliver Brix (DE)
13:30 – 17:30	Seminar Prevenirea eșecurilor în stomatologia adezivă (în germană) Dr. Markus Lenhard (CH)
13:30 – 14:00 + 14:00 – 17:30	Preambul pentru Workshop BPS (în engleză cu traducere în germană) Dr. Jiro Abe (JP) Proteza mobilă cu BPS – Prezentare și Demonstrație pe pacient (în germană) Dr.Frank Zimmerling (FL) & Mattheus Boxhoorn (FL)
14:00 - 18:00	Metalo-ceramică față în față cu realitatea umană (în cehă) Robert Zubak (SK)

Sesiuni Paralele –DEMONSTRAȚII LIVE la standul Ivoclar Vivadent (toate în engleză)

13:30 – 14:00	Tehnica de construcție cu IPS e.max Michel Magne (US)
14:15 – 14:45	Zambetul scos din flacon MTD Hans Joachim Lotz (DE)
15:30 – 16:00	DSD – digital smile design Dr. Christian Coachman (BR)
16:15 – 16:45	Direct vs indirect soluții în zona frontală: considerente estetice, biologice și economice Dr. Nikolaos Perakis (IT)
17:00 – 17:30	Eroziune, abrazie sau atriție? Creșterea DVO cu restaurări directe din compozit Dr. Knut Hufschmidt (AT)

SÂMBĂTĂ: 16 Noiembrie

Sesiunea Principală – PREZENTĂRI

09:00 – 09:15	Bun Venit! Gernot Schuller (FL), Josef Richter (FL), Univ. Prof. D. Gerwin Arnetzl (AT)
09:15 – 09:45	Ceramici colate adeziv: Adeziune – Preparație – Cimentare Prof. Dr. med. dent. Roland Frankenberger (DE)
09:45 – 10:15	Tehnici, materiale, aptitudini: reabilitarea estetică a unui caz complex și stomatologia minim invazivă – un anacronism Dr. Knut Hufschmidt (AT)
10:15 – 10:45	Zâmbetul scos din flacon Rezultate predictibile cu restaurările din rășini compozite pe implante MTD Hans Joachim Lotz (DE)
10:45 – 11:15	Mecanismul succiunii în protezele totale mandibulare combinat cu BPS Dr. Jiro Abe (JP)
11:15 – 11:45	Pauză de cafea
11:45 – 12:15	Noi progrese și tehnologii pentru o estetică predictibilă pe implante Prof. Dr. med. dent. Stefan Holst (DE)*
12:15 – 12:45	IPS e.max: CAD/CAMul în cabinet Dr. Vincent Arnetzl (AT)
12:45 - 13:15	Reabilitarea prin implante a breșelor din zona frontală în funcție de morfologia defectului Univ. Prof. Dr. Georg Mailath – Pokorny (AT)
13:15 – 14:15	Pauză de prânz cu bufet
14:15 – 15:00	De la no-prep la over-prep – Restaurările prin fațete ceramice în zona frontală Michel Magne (US)
15:00 – 15:30	Planul modern de tratament în zona frontală Dr. Nikolaos Perakis (IT)
15:30 – 16:00	Efecte speciale cu rășini compozite Dr. Markus Lenhard (CH)
16:00 – 16:45	Designul zâmbetului și munca în echipă pentru estetică optimă albă și roz. Aspectele micro -și macro – ale stomatologiei restaurative ideale Dr. Christian Coachman (BR)
16:45 – 17:00	Ceremonia de închidere Gernot Schuller (FL), josef Richter (FL), Univ. Prof. Dr. Gerwin Arnetzi (AT)

Sesiuni Paralele – WORKSHOPURI/ DEMONSTRAȚII LIVE SUB REFLECTOR (toate în engleză)

09:00 – 13:00	Seminar: Prevenirea eșecurilor în stomatologia adezivă Dr. Markus Lenhard (CH)
09:00 – 09:30 + 09:30 – 13:00	Preambul pentru Workshopul BPS Dr. Jiro Abe (JP) Proteza mobilă cu BPS – Prezentare și Demonstrație pe pacient Dr. Frank Zimmerling (FL) & Mattheus Boxhoorn (FL)
09:00 – 13:00	Alegerile corecte pentru a atinge un aspect natural (soluții simple și ușoare) Florin Stoboran (RO)
13:30 – 16:00	Diversitatea sistemului IPS e.max Oliver Brix (DE)

Sesiuni Paralele –DEMONSTRAȚII LIVE la standul Ivoclar Vivadent (toate în engleză)

09:30 – 15:45

Powered by

ivoclar vivadent®

passion vision innovation

CAMERA DE COMERŢ, INDUSTRIE ŞI AGRICULTURĂ ARAD

EXPO ARAD INTERNAŢIONAL

Târg internaţional de medicină, aparatură medicală, stomatologie, farmacie, optică, protetică, servicii conexe

Manager de proiect: Simona Văcaru, tel. +40-257-216520, fax: +40-257-216521
e-mail: expo2@ccia-arad.ro, www.expoarad.eu

MEDICAL PARTNER

DISTRIBUIE ÎN ROMÂNIA PRODUSE DE ÎNALTĂ CALITATE PENTRU PRETENŢIOŞI!

Fotona
choose perfection
LightWalker

DIPLOMAT
DENTAL SOLUTIONS

CHIROMEGA

miglionico
DENTAL UNITS

FARO

BienAir
Dental

ekom

Contact:
Unituri: office@medicalpartner.ro
0722-301-402
Lasere: laser@medicalpartner.ro
0727-312-805
www.medicalpartner.ro

Bacău Chirnog Florin 0744-485-758, **Braşov, Covasna** Anton Adrian 0747-339-896, **Bucureşti, Piteşti, Ploieşti, Giurgiu, Alexandria** TerraMedServ 0745-139-069, **Cluj-Napoca** Stoica Horaţiu 0744-763-344, **Constanţa, Tulcea, Brăila** Balotă Daniel 0744-285-730, **Oradea** Moţiu Cornel 0745-615-950, Magyari Imre 0723-939-440, **Iaşi** Şinca Sorin 0742-521-094, Amarandei Viorel 0722-554-001, Grasu Vladimir 0721-721-271, **Piatra Neamţ** Aconstantinesei Ioan 0733-016-347, **Suceava, Botoşani** Zetu Gheorghe 0745-254-903, **Târgu-Mureş** Ivacsony Iosif 0745-556-276, Stoian Paul 0745-751-842, **Timişoara, Arad, Hunedoara, Caraş Severin** Alin Chimac 0723-256-866, Dan Constantinescu 0748-884-454

Inserarea compozitelor bulk-fill

Crearea de restaurări posterioare estetice utilizând Tetric EvoCeram Bulk Fill

Dr. Markus Lenhard, Neunkirch – Elveția
Traducere Dr. Andrea Czimmerman

Compozitele bulk-fill simplifică inserarea în straturi a restaurărilor directe și reduc numărul de pași de lucru.

De ceva timp deja, toți producătorii de marcă din industria dentară oferă materiale compozite indicate pentru tehnica obturării în masă sau bulk-fill. Totuși, compozițiile și proprietățile de lucru ale acestor materiale variază considerabil.

Pentru mine, conceptul din spatele lui Tetric EvoCeram Bulk Fill, materialul compozit evidențiat în acest articol, pare foarte plauzibil și foarte bine implementat. Întrucât materialul permite sculptarea anatomiei ocluzale, inserarea unui strat final de protecție dintr-un alt compozit convențional nu este necesară.

În plus, are o rezistență la abrazie similară celei a convenționalului Tetric EvoCeram. Este indicat pentru zonele aflate sub presiunea forțelor ocluzale datorită rezistenței sale la flexiune de 120 MPa. Compoziția specială a umpluturii anorganice face ca Tetric EvoCeram Bulk Fill să fie ușor de adaptat, de conturat și de polișat.

Primul caz

Dintele 16 prezintă o fractură a crestei marginale meziale subminată de carie (Fig. 1). După inserarea unui câmp de digă, dintele a fost preparat și a rezultat o cavitate de clasa a II a de dimensiune medie (Fig. 2).

Fig. 1 Situația inițială: carie mezială cu creste marginale freacturate.

Fig. 2 Situația după prepararea dintelui.

Fig. 3 Plasarea unei matrici metalice secționale.

Fig. 4 Gravaj selectiv al smalțului 30 sec.

Fig. 5 Aplicarea de AdheSE Primer și Bond.

Fig. 6 Cavitatea a fost obturată dintr-un singur strat de Tetric EvoCeram Bulk Fill nuanța IVA.

Cu excepția inserării compozitelor, care se face în strat de 4 mm grosime, regulile stabilite pentru procedurile restaurative adezive sunt încă valabile și pentru materialele compozite bulk-fill.

Pentru a genera adeziune optimă la smalț este esențial să preparăm marginile de smalț a.î., prismele de smalț să fie tăiate oblic. Aceasta implică bizotarea marginilor verticale proximal și pragul juxtagingival [1 - 5].

După inserarea unei benzi metalice secționale (Fig. 3), a fost aplicat un sistem adeziv amelo-dentinar. Tehnica mea preferată este cea combinată [6], constând din gravajul acid selectiv al smalțului timp de 30 de secunde și aplicarea consecutivă a unui sistem adeziv auto-gravant bi-component (AdheSE), (Fig. 4 și 5).

Pentru a obtura întreaga cavitate a fost suficient un singur strat de Tetric EvoCeram Bulk Fill în nuanța IVA (Fig 6). Figura 7 arată obturația finisată și polișată cu discuri Soflex și gume OptraPol Next Generation.

Fig. 7 Obturația la final.

Fig. 8 Situația inițială: Fractură a peretelui lingual al lui 36, cuspid bucal fracturat.

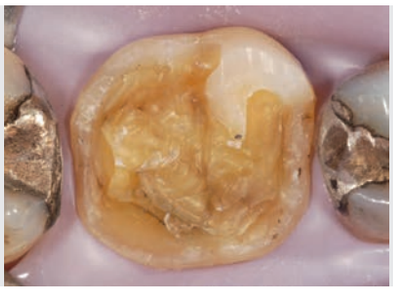


Fig. 9 Situația după prepararea dintelui.

Fig. 10 Gravajul acid selectiv al smalțului timp de 30 de sec.

Fig. 11 Aplicarea de AdheSE Primer pe întreaga suprafață a cavității timp de 30 de sec.

Fig. 12 Aplicarea de AdheSE Bond.

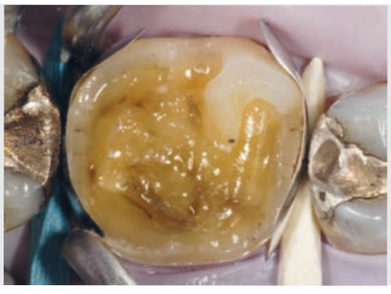


Fig. 13 Inserarea de matrici metalice și pene.

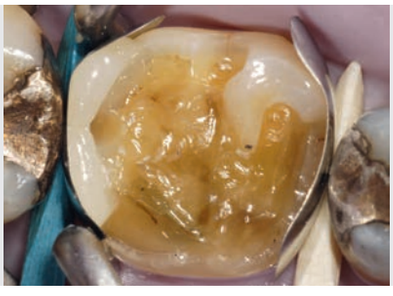


Fig. 14 A fost inserat primul strat de Tetric EvoCeram Bulk Fill. Dimensiunea stratului de material a fost mai mică decât ar fi fost admisibilă întrucât această cantitate de material a fost suficientă pentru a reconstrui adecvat creasta marginală.

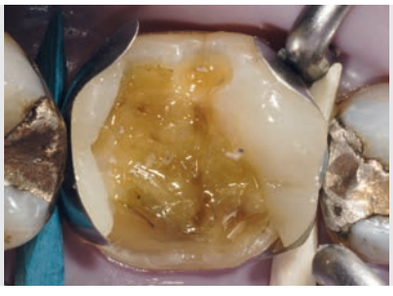


Fig. 15 Al doilea strat. Fiecare strat a fost polimerizat timp de 20 de sec. cu lampa Bluephase Style.

Fig. 16 Al treilea strat.

Al doilea caz

Inițial, dintele 36 arăta un perete lingual fracturat și un cuspid bucal fisurat (Fig. 8). Figura 9 arată care era situația după inserarea câmpului de digă și prepararea dintelui. Abia dacă a rămas intact cuspidul mezio-vestibular. Oricum, a trebuit scurtat cu 1,5 mm pentru a asigura o stabilitate suficientă. Adeziunea a fost obținută din nou prin gravajul acid selectiv al smalțului timp de 30 secunde cu aplicarea consecutivă de AdheSE Primer și Bond (Fig. 10 la 12). După inserarea de matrici metalice secționale (Fig. 13) dintele a fost reconstituit în etape utilizând Tetric EvoCeram Bulk Fill. Pentru a reconstitui întreaga coroană au fost necesare doar 6 straturi (Fig. 14 la 19). Fiecare strat individual a fost polimerizat timp de 20 de sec cu lampa de fotopolimerizare Bluephase Style.

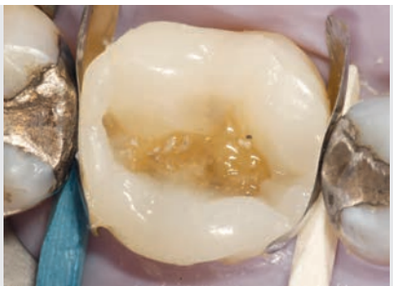


Fig. 17 Al patrulea strat.

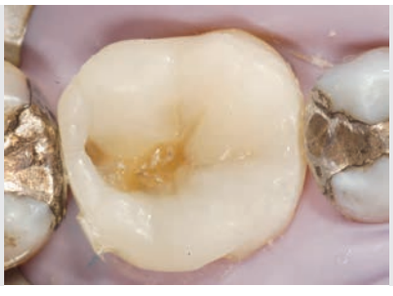


Fig. 18 Al cincilea strat.

Fig. 19 Reconstituirea este completă cu cel de-al șaselea strat.

Fig. 20 Sculptarea anatomiei suprafeței ocluzale.

Fig. 21 Verificarea și ajustarea ocluziei.

Fig. 22 Aspect postoperator.

Fig. 23 După un an obturația este nemodificată clinic.

Deși timpul de expunere este dublu față de cel recomandat de producător, eu cred că acest interval de timp este necesar raportat la variabilele clinice ce pot influența fotopolimerizarea (distanța față de suprafața restaurării, unghiul de iradiere, zonele retentive), mai ales când restaurez dinții din zona supusă forțelor ocluzale. Cea mai frecventă cauză de eșec observată la restaurările directe din materiale compozite este fracturarea acestora [7], care provine cel mai probabil din faptul că materialele sunt polimerizate insuficient și de aceea, nu ating stabilitatea fizică ideală.

S-a făcut o finisare preliminară cu discuri Soflex și diamantate fine (Fig. 20). După ajustarea ocluziei (Fig. 21), am polișat restaurarea pînă la un luciu înalt cu gumele OptraPol Next Generation. Figura 22 arată resturarea imediat după finisarea finală.
La un an după tratament, obturația este nemodificată clinic (Fig. 23).

Concluzie

Tetric EvoCeram Bulk Fill facilitează în mod considerabil inserarea tuturor tipurilor de restaurări directe, de la cele mai mici, la cele de mari dimensiuni. Datorită consistenței sale speciale și sculptabilității excelente, pot fi fabricate într-o manieră eficientă chiar și restaurări de mari dimensiuni ce implică și reconstituirea de cuspizi. În practică, paleta limitată de culori s-a dovedit a fi complet irelevantă pentru zona laterală. Pentru restaurarea dentiției din zona frontală eu folosesc IPS Empress Direct. Astfel cu Tetric EvoCeram Bulk Fill, Tetric EvoFlow și IPS Empress Direct pot acoperi întregul spectru de indicații în domeniul restaurărilor directe estetice din materiale compozite.
Acestea trei sunt tot ce îmi trebuie!

Dr Markus Lenhard
Neunkirch - Elveția

PARTENERUL DUMNEAVOASTRA IN TEHNICA DENTARA

Dr. Fischer®

LABORATOR DENTAR

16 ani Fidelitate

NOU

- EVOTECH3D -

UN SISTEM REVOLUTIONAR IN TEHNOLOGIA CAD/CAM

WWW.EVOTECH3D.RO

- ✓ De 16 ani in Romania! Colaboram in prezent cu peste 450 de cabinete din Bucuresti, din tara si din strainatate.
- ✓ Colaborare profesionista si timp rapid de executie a lucrarilor.
- ✓ Cu noi economisiti timp deoarece curierii nostri preiau si livreaza zilnic lucrarile in Bucuresti, iar in tara beneficiati de serviciul rapid Prioripost, Cargus, Fan Curier, etc.
- ✓ Consultanta gratuita si exemplificarea computerizata a planului de lucru sunt asigurate de specialiştii noştri.
- ✓ Garantam lucrarile protetice pe care le realizam cu materiale din Comunitatea Europeana, omologate de Ministerul Sanatatii din Romania.
- ✓ Prezenta permanenta la sediu intre orele: 7:00 - 21:00
- ✓ Realizam urmatoarele tipuri de lucrari protetice:

SC EURO CERT PROF SA
ORGANISM DE CERTIFICARE

CERTIFICAT

NR. SCS.12.D.047.06/Q

SC DR. FISCHER LABORATOR DENTAR SRL

SISTEM DE MANAGEMENT AL CALITĂŢII
QUALITY MANAGEMENT SYSTEM

SR EN ISO 9001: 2008

DENUMIREA ACTIVITĂŢII — cod CAEN 3250

DIRECTOR GENERAL
Ing. ILEANA SOARE

- Coroane si punti: fizionomice si semifizionomice din ceramica si compozit
- Coroane total ceramice, fara suport metalic, fatete, inlay (ceramica presata)
- Coroane si punti din zirconiu
- Incrustatii onlay - inlay: Artglass, metalice (nobile si nenobile)
- Lucrari pe implant: pe toate tipurile de implante
- Proteze scheletate cu sisteme speciale: culise, capse, telescoape si cu crosete turnate
- Proteze acrilice totale si partiale, gutiere de albire, sine bruxism si aparate ortodontice (toate tipurile)

NOU

Realizam coroane si punti din Zirconiu si Cr-Co prin tehnologia CAD/CAM (Evotech3D).

Pentru Bucuresti si Ilfov asiguram transportul prin curieri proprii. La nivel national, apelam la partenerii nostri.

UPS · TNT · DHL · CARGUS

STR. SERG. NUTU ION NR. 44, SECTOR 5

TELEFON 021 316 11 44; FAX: 021 316 11 48; MOBIL: 0744 66 66 95, 0724 57 01 08, 0746 10 48 47

EMAIL: OFFICE@FISCHER.RO

WWW.FISCHER.RO

straumann

SISTEMUL DE IMPLANTURI DENTARE STRAUMANN®

UN SISTEM. UN SET DE INSTRUMENTE. TOATE INDICATIILE

implant division

IMPLANT DIVISION SRL- unic importator și distribuitor Straumann in Romania
www.implantdivision.ro office@implantdivision.ro
telefon 0727735534

*De la edentatii simple la edentatii totale

COMMITTED TO
SIMPLY DOING MORE
FOR DENTAL PROFESSIONALS

Dehiscența osoasă vestibulară în afectarea parodontală unidentară

Guido Rhemrev - Olanda

Ruxandra Popescu - traducere din revista trimestrială Straumann Starget Nr. 2/2013

Abstract: A proper diagnosis of a localised periodontal defect is of utmost importance in decision making during treatment planning. For specific cases a diagnostic flap clarifies better a pathologic condition and gives the opportunity to change a treatment strategy.

Key words: periodontal infection, flap, ennamel matrix proteins, Straumann® Emdogain, coronal replacement

Rezumat: Diagnosticul corect al defectului parodontal localizat este de o importanță capitală în luarea deciziilor în ceea ce privește planul de tratament. În anumite cazuri lamboul de diagnostic evidențiază mai bine o condiție patologică și oferă oportunitatea schimbării strategiei de tratament.

Cuvinte-cheie: infecție parodontală, lambou, proteine de matrice de smalț, Straumann® Emdogain, repoziționare coronală

Situația inițială

O pacientă în vârstă de 41 de ani cu o stare de sanatate bună (ASA I), nefumatoare, a fost trimisă la clinica noastră pentru tratamentul unei infecții severe parodontale localizate la nivelul primului premolar mandibular (Fig. 1, 2). Tratamentul de igienă orală obișnuit aplicat înainte de prezentarea la cabinet nu a îmbunatățit situația clinică. În timpul consultului parodontal (Fig.3 – 4) a fost confirmată o pungă parodontală severă (10 mm) cu inflamație și supurație vestibulară la dintele # 44.

Examinarea parodontală generală a evidențiat o inflamație minoră împreună cu pungi parodontale superficiale și la nivelul altor dinți. A fost observată o bridă în apropierea dintelui # 44 și o traumă ușoară de periaj. Examinările radiografice nu au pus în evidență alte anomalii. Statusul de igienă orală era la un nivel acceptabil. Nu a existat vreo rănire anterioară. Pacienta a acuzat ușoare senzații dureroase pe parcursul ultimului an, înainte de prezentarea la tratament.

Planul de tratament

Toți dinții din cadranul patru au reacționat pozitiv la testul de vitalitate. S-a optat pentru evitarea terapiei inițiale de detartraj supra- și subgingival, pentru a nu agrava pierderea de țesut parodontal și recesiile gingivale. De aceea s-a optat pentru elevarea unui lambou de diagnostic cu ajutorul microchirurgiei plastice, cu păstrarea papilei, pentru evaluarea situației clinice din cadranul patru.

În timpul chirurgiei ar fi fost posibilă și o procedură regenerativă, ca o a doua etapă. Înainte de intervenție au fost recomandate pacientei instrucțiuni referitoare la igiena orală, de asemeni a fost elaborat un plan postoperator de îngrijire detaliat pe 6 luni. Igieniștii noștri au fost instruiți să nu efectueze niciun chiuretaj subgingival sau sondare parodontală în aceasta perioadă.

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

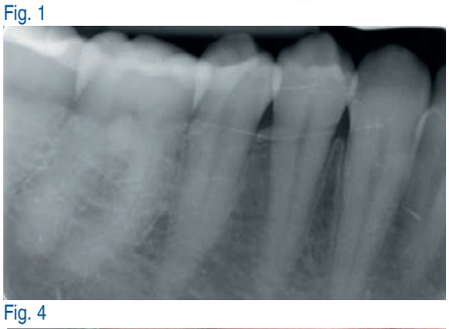


Fig. 4

Fig. 5

Fig. 6

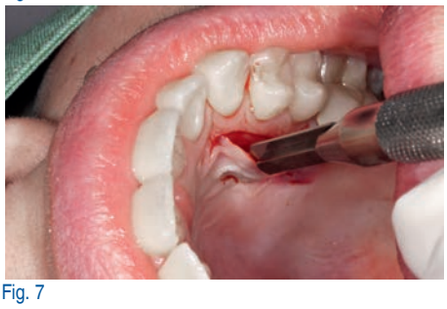


Fig. 7

Fig. 8

Fig. 9

Procedura chirurgicala si rezultatele clinice

A fost pregatit un lambou de diagnostic cu două incizii de descărcare (Fig. 5). Au fost practicate incizii intra-sulculare folosind un microbisturiu în zonele # 43, 44 şi 45. Ţesutul gingival al papilelor interproximale a fost subţiat cu atenţie şi separat de gingia proximală. Lamboul vestibular a fost elevat în întregime pentru a favoriza examinarea clinică a dehiscenţei osoase şi a ţesuturilor adiacente. Cu această ocazie a fost expusă o a doua dehiscenţă osoasă severă la nivelul dintelui # 43. A fost evident că dinţii # 43 şi # 44 erau poziţionaţi în afara conturului determinat genetic şi de aceea işi pierduseră o mare parte din peretele alveolar vestibular. Suprafaţa radiculară în zona apicală a dintelui # 44 arată mici zone de deteriorare, ca urmare a unor posibile episoade de resorbţie radiculară. O a doua cauză poate consta într-o traumă iatrogenă dupa intervenţii subgingivale. Nu au fost evidenţiate resturi de calculus. A fost colectată o grefă de ţesut conjunctiv de grosime între 1,5 şi 2 mm, folosind o modificare a tehnicii Inciziei Singulare descrise de Weng si Hurzeler* (Figs. 6 – 11). Suprafaţa radiculară în zona apicală a dintelui # 44 a fost curăţată profund cu ajutorul unui dispozitiv ultrasonic şi cu freze diamantate mici. Nu s-a efectuat debridarea mecanică a suprafeţei dintelui # 43. Ambele suprafeţe radiculare au fost condiţionate cu gel EDTA 24 % timp de 2 minute, clătite din abundenţă cu soluţie salină sterilă şi uscate cu aer utilizând seringa multi-unit. Pe suprafeţele radiculare a fost aplicat Straumann® Emdogain după ce câmpul operator a fost complet curăţat de sânge, începând cu cel mai apical nivel al osului şi acoperind întreaga suprafaţă (Fig. 12 – 14). Grefa de ţesut conjunctiv a fost adaptată cu atenţie în plagă şi parţial acoperită de ţesutul moale în zona dintelui # 42 (Fig. 15). A fost efectuată o incizie de descărcare orizontală în periost la baza lamboului pentru a permite repoziţionarea coronală fară tensiuni a lamboului. Lamboul a fost repoziţionat coronal deasupra zonei grefate şi imobilizat folosind suturi verticale de saltea modificate (fir Seralene 6-0) interdental şi suturi singulare (Seralene 7-0) la proximităţi. Lamboul şi grefa de ţesut conjunctiv au fost astfel ferm ancorate (Fig. 16).

Rezultate clinice

La şase luni de la chirurgie a fost facută o evaluare parodontală (Fig. 17). Situaţia parodontală generală a continuat să se îmbunătăţească în timpul programului de îngrijire post-operatorie. Nu au mai fost detectate pungi parodontale mai mari de 3 mm. Pungile adânci din apropierea dinţilor # 44 şi 43 au fost absente iar recesia gingivală de la nivelul lui # 44 s-a îmbunătăţit de la 3 la 0. Pacientei i-a fost aplicat un tratament parodontal de susţinere la fiecare trei luni în cursul primului an.

Concluzii

În acest caz particular nu a fost făcut tratamentul parodontal iniţial la nivelul defectului localizat. Câteva studii referitoare la rezultatele terapiei parodontale iniţiale, publicate în anii optzeci, arată faptul că debridarea subgingivală a pungilor mici provoaca pierdere de ţesut ligamentar parodontal şi recesii. În zonele cu pungi adânci inflamate terapia are ca rezultat un anume câştig clinic al inserţiei gingivale şi recesie gingivală. Oricum formarea de ţesut parodontal nou cu fibre parodontale şi cement nou este puternic pusă la indoială. De aceea câştigul de nivel de inserţie după terapia iniţială ar trebui considerat ca o consecinţă a proliferării epiteliului joncţional lung. Regenerarea parodontală a unui defect localizat devine mult mai dificilă după terapia initială din cauza pierderii de ţesut parodontal.
Un diagnostic corect al defectului parodontal localizat este de o importanţă capitală în luarea deciziilor în ceea ce priveşte planul de tratament. Un abord nechirurgical nu este potrivit oricărei situaţii. În anumite cazuri lamboul de diagnostic evidenţiază mai bine o condiţie patologică şi oferă oportunitatea schimbării strategiei de tratament. În cazul nostru s-a decis efectuarea unui lambou de diagnostic pentru a evalua zona deteriorată. Designul lamboului ne-a ajutat să acţionăm direct asupra situaţiei clinice.

Guido Rhemrev
Medic Parodontolog

Unul dintre cei cinci parteneri din clinica specializată de stomatologie Kliniek voor Parodontologie din Amsterdam - Olanda. Instructor clinic în implantologie orală la Depatamentul de Parodontologie al Centrului Academic pentru Stomatologie din Amsterdam (ACTA). Autor al câtorva publicaţii în domeniul parodontologiei şi implantologiei orale.
Principalul său domeniu de interes este microchirurgia plastică parodontală, fiind astfel solicitat frecvent ca lector în acest domeniu.

guidorhemrev@kvpa.nl

Fig. 10

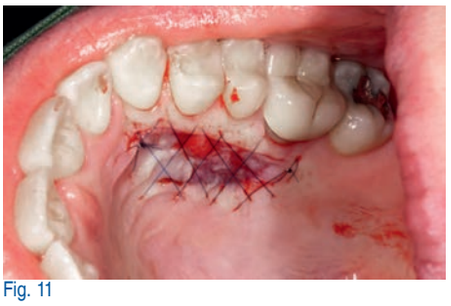


Fig. 11

Fig. 12

Fig. 13

Fig. 14

Fig. 15

Fig. 16

Fig. 17

TRATAMENTUL COMPLEX, MULTIDISCIPLINAR - CERINȚA REZOLVĂRII OPTIME A CAZUISTICII ÎN PRACTICA CURENTĂ

Prezentare de caz

Dr. Corina Marilena Cristache [1], Dr. Anca Oltean [2], Dr. Constantin Ivanescu [3],
Dr. Delia Daragiu [4], Dr. Gheorghe Cristache [5]

1 Şef Lucrări, doctor în ştiințe medicale UMF „Carol Davila" Bucureşti, F.M.A.M, medic primar chirurg oro-maxilo-facial Concordia Dent Clinic, 2 Medic primar ortodont, practică privată, 3 Medic stomatolog, practică privată, 4 Medic specialist ortodont, practică privată, 5 Medic primar ORL Concordia Dent Clinic

ABSTRACT

Usually teamwork promotes optimal therapeutic results in complex cases.
This paper presents clinical case of a 35 years old patient presented in our clinic with numbness in the lower lip caused by a dentiger cyst with starting point impacted #45. Treatment proposed was Surgical - Orthodontic – Prosthetic. The patient was followed-up 9 years.
Keywords: dentiger cyst, impacted tooth, orthodontic tensile, dental implant.

REZUMAT

Lucrul în echipă favorizează obținerea unor rezultate terapeutice optime în cazurile complexe.
Acest lucru este exemplificat printr-un caz al unei paciente de 35 ani care s-a prezentat în clinica noastră cu parestezii la nivelul buzei inferioare determinate de prezența unui chist dentiger cu punct de plecare 45 inclus şi la care s-a decis un tratament chirurgical – ortodontic - protetic a cărui evoluție a fost urmărită pe o perioadă de 9 ani.
Cuvinte cheie: chist dentiger, incluzie dentară, tracțiune ortodontică, implant dentar.

Introducere

Consultul şi tratamentul interdisciplinar reprezintă o cerință fundamentală în restabilirea funcționalității oro-dentare la pacientul adult. Cazuistica întalnită în practica curentă poate necesita pe lângă tratament chirurgical, protetic, endodotic, parodontal, terapie cu ajutorul implanturilor dentare şi tratament ortodontic.

În prezent inserția implanturilor dentare mai ales în situația edentațiilor unidentare din regiunea laterală a devenit o practică curentă. Pacienții solicită acest tip de tratament conştientizând faptul că se realizează astfel restaurarea funcțională optimă fără compromiterea dinților vecini breşei edentate.

În cele ce urmează vom prezenta un caz a cărui rezolvare a necesitat colaborarea interdisciplinară: chirurg, ortodont, protetician şi a cărui evolutie a fost urmarită pe o perioada de 9 ani.

Prezentare de caz

O pacientă de 35 ani s-a prezentat în toamna anului 2004 în clinica noastră cu o parestezie la nivelul buzei inferioare drepte. La examenul clinic s-a constatat prezența unei edentații unidentare 45 şi a unei distrucții coronare masive consecință a complicațiilor cariei

Fig. 1 Ortopantomografia la prezentarea la tratament.

Fig. 2 Radiografie retroalveolară la prezentarea la tratament.

Fig. 3 Tracționarea ortodontică a dintelui inclus (45) după descoperirea chirurgicală.

dentare la nivelul lui 46.

Examenul radiologic a evidențiat prezența unui chist odontogen folicular/dentiger cu punct de plecare 45 - aflat în incluzie oblică cu rădăcina în vecinatatea găurii mentoniere (Fig. 1 şi 2); compresia exercitată de chistul folicular format explicând prezența parestezиilor.

Examinarea ocluziei evidențiază rapoarte clasa I dentare la molari şi canini şi prezența unei diasteme superioare de 1 mm pe care pacienta nu a dorit să o corecteze.

În urma consultației interdisciplinare: chirurg, ortodont, protetician s-a propus urmatorul plan de tratament: chistectomia (operația Partch II - 1), descoperirea chirurgicală a lui 45 cu colarea intraoperatorie a unui buton şi tracționarea ortodontică a dintelui inclus. Ulterior, după redresarea ortodontică a lui 45 s-a propus extracția lui 46 şi inserția unui implant dentar – tratament acceptat de pacientă.

Istoricul medical sistemic al pacientei nu a prezentat probleme.

Etapa chirurgicală, sub anestezie locală: s-a descoperit un lambou triunghiular cu baza spre distal (incizie oblică pe mijlocul feței vestibulare a caninului cu menajarea papilei şi incizie orizontală la coletul dintilor 43-46). După decolarea muco-periostului s-a îndepărtat tabla osoasă vestibulară subțire descoperindu-se chistul dentiger cu continut vâscos-cazeos şi membrană groasă, aderentă. După chistectomie s-a colat intraoperator un buton pe fața vestibulară a lui 45. Post intervenție chirurgicală s-a administrat un tratament antiinflamator (Ibuprofen 400 mg/zi 3 zile) şi antibioterapie sistemică (Augmentin 1000mg/12 ore timp de 5 zile). Evoluția postoperatorie a fost favorabilă iar parestezиile de la nivelul buzei inferioare drepte au dispărut la cateva zile de la intervenție.

După suprimarea firelor de sutură s-a montat un aparat fix parțial cu bracketuri metalice Roth 0.022. Tracțiunea s-a efectuat la un buton sudat pe fața lingual a lui 46 pâna cand dintele a erupt pe arcadă (Fig. 3 - 6). Secvența de arcuri a fost cea clasică: niți 0.014, niți 0.016, TMA .017X.025.

Durata tratamentului ortodontic: din ianuarie 2005 până în decembrie 2005 (aproximativ 1 an).

S-a menținut aparatul ortodontic pe canin şi premolari pentru contenție după extracția lui 46

Fig. 4 şi 5 Radiografii retroalveolare de control în scopul monitorizării evoluției tratamentului ortodontic.

până la realizarea coroanei pe implant (Fig. 7 şi 8).

La 8 saptămâni de la extracția lui 46 s-a inserat un implant Straumann STL (Institut Straumann AG) de 10 mm cu diametrul de 4.1mm, într-un singur stadiu chirurgical cu utilizarea protocolului chirurgical standard.

Încarcarea protetică s-a efectuat la 6 saptamani („early loading protocol") în conformitate cu tehnica recomandată de producator (Institut Straumann AG) şi s-a confecționat o coroana metalo-ceramică pe implant (Fig. 9 şi 10).

Pacienta a fost monitorizată constant pe o perioadă de 8 ani prin controle clinice şi radiologice (Fig.11 şi 12).

Discuții

Chistul dentiger, al doilea ca frecvență dintre chisturile maxilare fiind întâlnit în procent de 14-20%, se dezvoltă în legătură cu dinții rămaşi în incluzie, la nivelul unghiului mandibular cu punct de plecare un molar trei inclus sau semiinclus, la nivelul caninului superior inclus, dar şi la nivelul oricărui alt dinte neerupt (premolar, molar etc.) sau supranumerar. Chistul folicular apare prin transformarea chistică a foliculului dentar care înconjoară coroana unui dinte neerupt şi este întotdeauna ataşat la jonctiunea smalț-cement a acestui dinte (2, 3, 4).

Evoluția obişnuită a chisturilor este de stimulare a proliferării unei mase de celule epiteliale, fără invazia țesuturilor adiacente. Pe măsura creşterii volumetrice a masei epiteliale, celulele situate central se repoziționează spre periferie, cât mai aproape de sursa de vascularizație. Unele celule ramânând în hipoxie se lizează formând progresiv continutul chistic, hiperton, fapt care atrage transudat ce creşte presiune hidrostatică, care, în consecință, produce resorbție osoasă (3). Astfel chistul creşte în dimensiuni. Evoluția chistului dentiger este de obicei asimptomatică, fiind descoperit întâmplător cu ocazia unui examen radiologic de rutină sau, datorită creşterii excesive, produce deformări osoase, deplasări dentare sau compresia pachetelor vasculo-nervoase din vecinătate cu apariția de parestezii ca în situația prezentată.

Tratamentul este întotdeauna chirurgical şi constă în chistectomie (operația Partch II) cu sau fără

Fig. 6 Premolarul tracționat pe arcadă. Pe arcada antagonistă a fost montată o şină vestibulară de contenție (16-14) pentru a preveni eventuala egresiune a premolarului 2 maxilar în spațiul edentat pe parcursul desfăşurării tratamentului ortodontic.

extracția dintelui inclus sau chistotomia (marsupializarea, operatia Partch I) în situația unor chisturi de dimensiuni foarte mari.

Pentru situația clinică prezentată ar fi existat şi următoarea variantă terapeutică: chistectomie cu extractia 45 (cu riscurile aferente: lezarea pachetului vasculo-nervos mentonier, lezarea apexului 44, persistența unui defect osos mare post intervenție chirurgicală), adiție osoasă şi inserția a două implanturi dentare (45 si 46) sau o punte 44-47, lungă, cu prognostic rezervat.

Prin chistectomie s-a realizat decompresia la nivelul găurii mentoniere cu dispariția paresteziilor. Descoperirea chirurgicală şi tracțiunea ortodontică a lui 45 a stimulat apoziția osoasă îmbunătățind în acelaşi timp prognosticul lui 44. După încheierea erupției premolarului 2, dintele 46, fără valoare protetică, păstrat strict pentru a fi utilizat în ancoraj, a putut fi extras şi înlocuit cu un implant endoosos.

Concluzii

Cazul prezentat ilustrează importanța colaborării interdisciplinare în rezolvarea optimă a unui caz clinic în practica curentă.

Evoluția favorabilă pe termen lung justifică pe deplin alegerea făcută.

Tracțiunea ortodontică a premolarului inclus a determinat refacerea defectului osos fără sechele şi fără necesitatea adiției şi a asigurat menținerea suportului osos pe termen lung.

Durata redusă (circa 1 an) a tratamentului ortodontic recomandă ori de câte ori este posibil aducerea pe arcadă a dinților incluşi.

Bibliografie

1. Clark DL. Partsch operation for the treatment of a dentigerous cyst.J N C Dent Soc. 1966 Apr; 49(2):19-21.

2. Assael LA. Surgical management of odontogenic cysts and tumors. InPeterson L J, Indresano T A, Marciani R D, Roser S M. Principles of Oral and Maxillofacial Surgery. Philadelphia: JB Lippincott, 1992, Vol 2, pp685–688.

3. Neville BW. Odontogenic cysts and tumors. In Neville B W, Damm D D, Allen C M, Bouquot J E. Oral and Maxillofacial Pathology. Philadelphia: WB Saunders,1995, pp493–496.

4. Regezi JA. Cyst and cystlike lesions. In Regezi J A, Sciubba J, Pogrel M A.Atlas of Oral and Maxillofacial Pahtology. Philadelphia: WB Saunders, 2000, pp88.

corinacristache@gmail.com

ortodontie@gmail.com

Fig. 7 După extracția molarului 1 spațiul s-a menținut pe perioada osteointegrării implantului dentar.

Fig. 8 Ortopantomografie după extracția lui 46 înainte de inserția implantului.

Fig. 9 Bontul protetic pe implant.

Fig. 10 Lucrarea protetică la gata.

Fig. 11 Ortopantomografie de control la 9 ani de la prezentarea la tratament.

Fig. 12 Situația clinică în prezent (iulie 2013).

Peste 60 de ani de experienţă şi
înaltă performanţă în sterilizare

MELAG
competence in hygiene
Quality – made in Germany

MELAG este unul dintre liderii mondiali în domeniul tehnologiei sterilizării şi igienei.

Înfiinţată în 1951 la Berlin, compania şi-a focalizat eforturile şi resursele în producţia de echipamente de sterilizare pentru medicii stomatologi.

De atunci, cele 450.000 de unităţi MELAG vândute în întreaga lume reprezintă materializarea eforturilor continue către calitate, performanţă şi succes.

Clasa Premium
de la 8.800 EURO

Clasa Pro
de la 4.600 EURO

MEDICA M3

Reprezentanţă şi service autorizat pentru echipamentele Melag

Str. Iuliu Haţieganu nr. 4, Cluj-Napoca, Tel/Fax.: 0264-591034, 0741-277069, www.medicam3.ro Email: marketing@medicam3.ro

DIFICULTĂȚI DE ARMONIZARE COLORISTICĂ A PROTEZEI SCHELETATE CU SISTEME SPECIALE

Prezentare de caz

Alice Tănăsescu[1)], Ruxandra Mărgărit[2)], Oana-Cella Andrei [3)]

[1)]Asist. Univ., Doctorand, Disciplina de Protezare Parțială Mobilizabilă, UMF „Carol Davila" Bucureşti, [2)] Asist. Univ., Doctor în Medicină Dentară, Disciplina de Odontoterapie Restauratoare, UMF „Carol Davila" Bucureşti, [3)] Şef de Lucrări, Doctor în Medicină Dentară, Disciplina de Protezare Parțială Mobilizabilă, UMF „Carol Davila" Bucureşti

Corresponding author

Ruxandra Mărgărit, Assistant Professor, MD, PhD, Department of Restorative Odontotherapy, Faculty of Dentistry "Carol Davila" University of Medicine and Pharmacy, 19 Plevnei Street, Bucharest, Romania; Phone +40747-440.013, e-mail: ruxandra.margarit@gmail.com

ABSTRACT

Introduction: In current practice partial dentures with attachments are commonly chosen as treatment option. Fabricating these dentures is often subject of difficulties resulting from the need to harmonize the denture with the rest of the dental units, aesthetically and functionally. **The aim** of this study is to highlight the previous dental treatments that can influence the aesthetics of the future denture. Material and method: 43 patients were selected for this study, aged between 35 and 80 years. The study was conducted on a period of 8 years (2004-2012), in a private practice in Bucharest, Romania. Data record which turned out to be relevant for our study have made reference to age, gender, number and location of tooth filing, number and location of other existing prosthetic restorations, as well as number of endodontic treatments. The database and statistical analysis have been made using Microsoft Excel and the ANOVA method. Results and discussion: 65% of the patients included in the study have submitted at least one filling or one prosthetic fixed restoration. The number of treatments previously existing was 215. More than half of these restorations were fixed restoration in the distal area. Only 4% of the treatments were represented by endodontic treatments. The study is statistically relevant, with a p-value of 0.0247, $p<0.05$.

Conclusions: pre-existing treatments of future partial denture with attachments patients can seriously hinder achievement of aesthetic prostheses, through the need to harmonize these treatments with the denture.

Keywords: partial denture, attachment, filling, endodontic treatment, fixed prosthesis

REZUMAT

Introducere: În practica curentă opțiunea de tratament prin proteze parțiale mobilizabile cu sisteme speciale este frecvent întâlnită. În realizarea acestor proteze pot apărea dificultăți rezultate din necesitatea armonizării protezei cu restul unităților dentare atât din punct de vedere estetic cât şi funcțional. **Scopul** acestui studiu este de a evidenția tratamentele prezente la nivelul cavității orale ce pot îngreuna realizarea esteticii protezei. Material şi metodă: Pentru acest studiu au fost selectați 43 pacienți, cu vârste cuprinse între 35 şi 80 de ani. Durata studiului a fost de 8 ani (2004-2012), studiul realizându-se în cadrul unui cabinet cu practică privată din Bucureşti, România. Datele înregistrate ce s-au dovedit a fi relevante pentru scopul nostru au făcut referire la vârstă, sex, numărul şi localizarea obturațiilor prezente, numărul şi localizarea altor restaurări protetice existente, precum şi numărul devitalizărilor. Baza de date şi analiza statistică a acestora au fost realizate cu ajutorul programului Microsoft Excel, fiind aplicată metoda ANOVA. Rezultate şi discuții: 65% dintre pacienții incluşi în studiu au prezentat cel puțin o obturație coronară sau o lucrare protetică conjunctă. Numărul tratamentelor prezente a fost de 215. Peste jumătate dintre acestea au reprezentat restaurări conjuncte în zona laterală. Doar 4% dintre tratamente au fost reprezentate de devitalizări. Studiul este relevant statistic, valoarea p obținută fiind 0,0247, $p<0,05$.

Concluzii: Tratamentele odontale şi protetice preexistente ale pacienților ce vor beneficia de restaurări prin proteze parțiale mobilizabile cu sisteme speciale pot îngreuna serios realizarea estetică a protezelor, prin necesitatea armonizării lor cu proteza finală.

Cuvinte cheie: proteză parțială mobilizabilă, sisteme speciale, obturații, devitalizări, proteze fixe

Introducere

În ultimul timp, aşteptările pacienților care ajung în cabinetele dentare impun medicului realizarea unor restaurări care nu numai să îşi îndeplinească rolul funcțional ci să fie şi foarte estetice [1]. Atunci când privim un obiect, însuşirea predominantă care ne atrage atenția este culoarea şi apoi observăm forma, unghiurile, marginile, limitele [2]. Obiectivul principal în alegerea culorii dinților artificiali, în cazul protezării parțiale, este obținerea unei armonii cu dinții naturali. Spre deosebire de edentatul total la care, neexistând repere, alegerea culorii dinților artificiali se face în funcție de culoarea

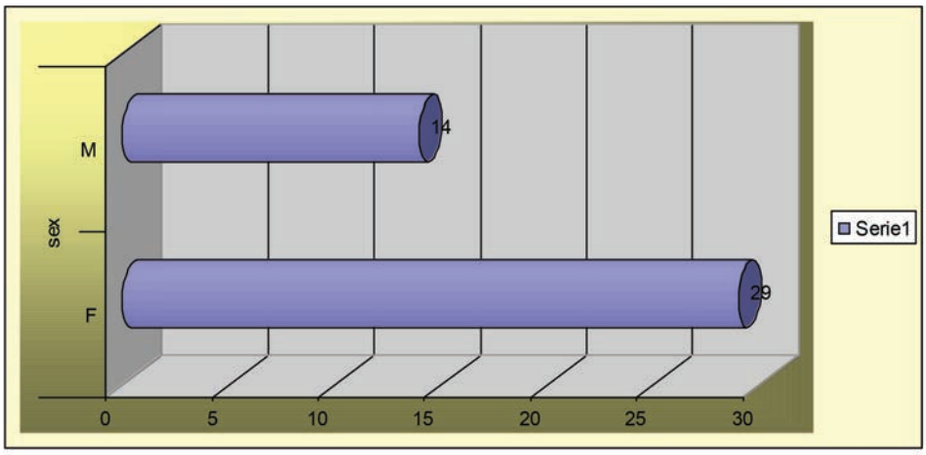


Figura 1. Distribuția lotului pe sexe

tegumentului feței, vârstă, sex, personalitate, la edentatul parțial alegerea acesteia depinde de cea a dinților restanți pe arcadă [3]. Este o etapă dificilă cu efecte profunde asupra rezultatului estetic final. Neconcordanțele între examinatori în alegerea culorii dinților apar din cauza influențelor înconjurătoare cum sunt iluminatul, distanța de examinare, unghiul examinării şi din cauza faptului că întreaga gamă a nuanțelor dinților naturali nu poate fi acoperită de nuanțele prezente în cheile de culori [4]. Pe de altă parte, culoarea este rezultatul unei percepții fizico-psihice a ochiului cauzată de lumină. Proporția de amestec a celulelor receptoare din imediata vecinătate a foveei este unică pentru fiecare individ şi responsabilă de percepțiile diferite obținute în urma vizualizării aceluiaşi obiect [5].

MATERIAL ŞI METODĂ

Studiul a fost realizat pe un lot de 43 de pacienți, din mediu urban, ce au beneficiat de tratament prin proteze parțiale mobilizabile cu sisteme speciale. 67% dintre pacienți au fost de sex feminin (29), iar 33% de sex masculin (14) (Fig. 1). Aspectele pe care le-am considerat importante pentru studiu au fost legate de prezența, numărul şi localizarea obturațiilor, a restaurărilor protetice conjuncte şi a devitalizărilor. Unii pacienți au prezentat doar o parte dintre aceste tratamente preexistente, în timp ce în situația altora s-au regăsit toate acestea. Au fost selecționați pacienți ce au necesitat realizarea a minim o proteză parțială mobilizabilă cu sisteme speciale, fie superioară, fie inferioară. Pentru realizarea bazei de date şi analizarea studiul statistic s-au utilizat modulul Data Analysis al programului MICROSOFT EXCEL, precum şi metoda ANOVA. Datele colectate au fost prelucrate utilizând comenzile Functions-Statistical şi Chart din MS Excel. Rezultatele finale au condus la realizarea testului Chi pătrat, pentru a evidenția relevanța statistică a studiului.

REZULTATE

Din numărul total al pacienților 65% au prezentat tratamente orale preexistente, în timp ce 35% nu au prezentat astfel de tratamente (Fig. 2).

Tratamentele preexistente au fost reprezentate de obturații atât în zona frontală cât şi în zona laterală, restaurări protetice conjuncte frontale sau laterale şi devitalizări. Au fost excluşi din lot dinții care urmează a fi stâlpi în restaurarea protetică. Numărul total al acestor tratamente a fost 215. Dintre acestea 41 au reprezentat obturații frontale, 11 obturații laterale, 44 coroane frontale, 110 coroane laterale şi 9 au fost devitalizări (Fig. 3). Distribuția numărului de 41 obturații coronare ale dinților frontali a fost de 71% la femei şi 29 % la bărbați (Fig. 4a), în timp ce distribuția celor 11 obturații ale dinților laterali a fost de 73% la femei şi 27 % la bărbați (Fig. 4b). Distribuția coroanelor frontale în funcție de sex a arătat că din numărul total de 44 de coroane, 25% au aparținut pacienților de sex masculin şi 75% pacienților de sex feminin (Fig. 5a). În ceea ce priveşte distribuția coroanelor laterale în funcție de sexul pacientului, procentele găsite sunt asemănătoare, 26% aparținând pacienților de sex masculin şi 74% pacienților de sex feminin (Fig. 5b).

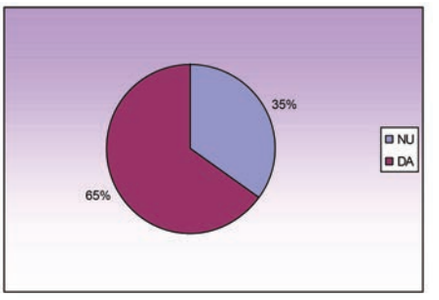


Figura 2. Prezența tratamentelor preexistente

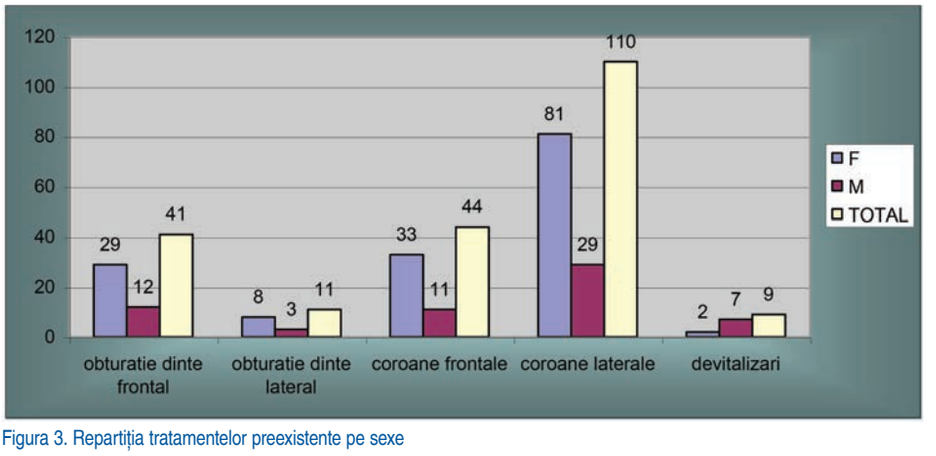


Figura 3. Repartiția tratamentelor preexistente pe sexe

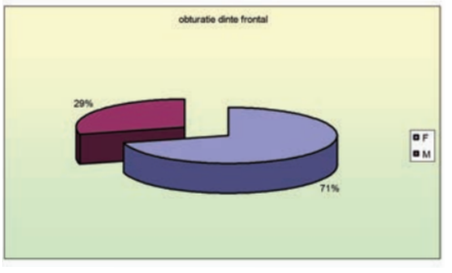


Figura 4a. Distribuția obturațiilor frontale în funcție de sex

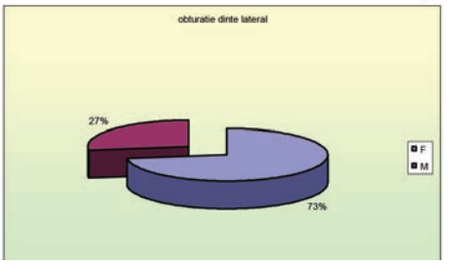


Figura 4b. Distribuția obturațiilor laterale în funcție de sex

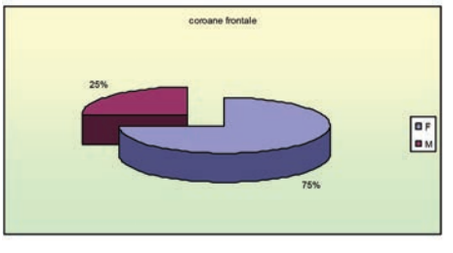


Figura 5a. Distribuția coroanelor frontale în funcție de sex

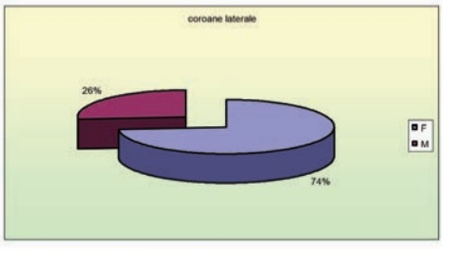


Figura 5b. Distribuția coroanelor laterale în funcție de sex

Devitalizările au fost regăsite în proporție de 78% la sexul masculin și 22% la sexul feminin (Fig. 6). Astfel 52% au fost restaurări conjuncte în zona laterală, 20% au fost restaurări conjuncte în zona frontală. Restaurările odontale prin obturații în zona frontală au înregistrat o pondere de 19%, în timp ce obturațiile din zona laterală doar 5%. Cel mai mic procent înregistrat este cel al devitalizărilor ce au reprezentat 4% (Fig. 7).

În urma analizei din punct de vedere statistic a studiului a fost obținută o valoare a lui p de 0,0247, p<0,05 (Tabel 1), ceea ce demonstrează faptul că studiul este relevant statistic.

DISCUȚII

Culoarea dinților artificiali reprezintă una dintre cele mai importante caracteristici ale viitoarei restaurări protetice, fapt subliniat și de Mori în cadrul studiilor realizate în 2003 [6]. Studiile arată că de multe ori, din păcate, nu se reușește realizarea concordanței dintre culoarea dinților naturali și a dinților artificiali la pacienții purtători de proteze parțiale [7]. Prezența restaurărilor odontale sau protetice de la nivelul lor, precum și modificările cromatice determinate uneori de tratamentele endodontice, îngreunează procesul de selecție și armonizare a culorii noii restaurări protetice.

CONCLUZII

Studiul actual a evaluat incidența tratamentelor anterioare terapiei cu proteze scheletate cu sisteme speciale și care pot adăuga un grad sporit de dificultate etapei de alegere a culorii dinților artificiali. Mai mult de jumătate (65%) dintre pacienții supuși analizei au prezentat tratamente stomatologice care pot influența sau îngreuna procesul de alegere și armonizare a culorii dinților artificiali în decursul terapiei prin proteză scheletată prevăzută cu sisteme speciale.

Aproape 2/3 atât din obturațiile cât și din coroanele de acoperire realizate anterior tratamentului cu proteză scheletată cu sisteme speciale au fost înregistrate la pacienții de sex feminin. Acest lucru demonstrează o preocupare mai crescută a sexului feminin pentru sănătate orală și estetică comparativ cu cea manifestată la sexul masculin. 72% din tratamentele anterioare reabilitării prin proteză scheletată sunt reprezentate de coroane de acoperire, fie în regiunea frontală fie în regiunea laterală, ceea ce presupune schimbarea lor, în cazul în care nu este posibilă armonizarea estetică și funcțională a tratamentului. Peste jumătate din tratamentele anterioare restaurării prin proteză scheletată cu sisteme speciale o reprezintă cele de pe dinții laterali dintre care marea majoritate sunt coroanele de acoperire. Tratamentele de pe dinții frontali reprezintă 39% din totalul tratamentelor preexistente, jumătate dintre acestea fiind obturații, jumătate coroane de acoperire. Armonizarea coloristică a tuturor acestor tratamente raportat la restaurarea finală are ca rezultat creșterea duratei tratamentului și a prețului de cost suportat de către pacient, precum și un volum de muncă sporit din partea medicului și a tehnicianului dentar. Impactul lor asupra esteticii generale dentare trebuie evaluat împreună cu pacientul încă din etapa inițială pentru a se stabili care sunt așteptările acestuia privitor la aspectul restaurării finale.

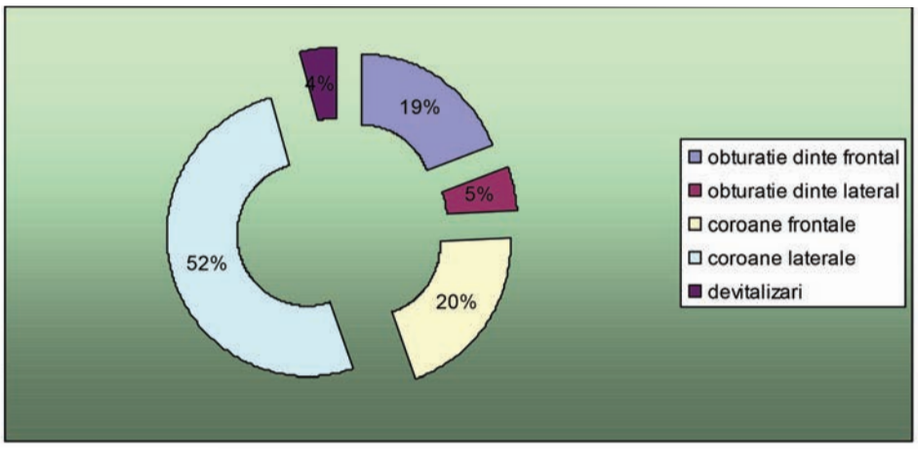


Figura 7. Distribuția procentuală a tratamentelor preexistente

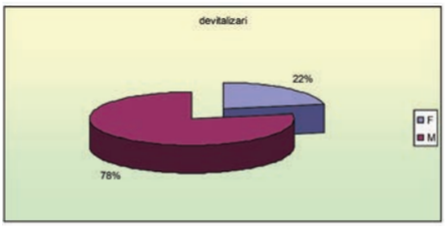


Figura 6. Distribuția devitalizărilor în funcție de sex

TESTUL CHI-PĂTRAT			
	Bărbați	Femei	P
obturație dinte frontal	12	29	0,0247711
obturație dinte lateral	3	8	
coroane frontale	11	33	
coroane laterale	29	81	
devitalizări	7	2	
	11,82	29,18	
	3,17	7,83	
	12,69	31,31	
	31,72	78,28	
	2,60	6,40	

Tabel 1. Semnificația studiului statistic

BIBLIOGRAFIE

1. Ancovitz S, Esthetic removable partial dentures, Dart, Sept-Oct 2004:453-459
2. Ahmed I, Anterior dental aesthetic: Historical perspective, Br. Dent. J. 2005; 198 (12): 737-742
3. Andrei OC, Progrese în medicina dentară 2013; Ed.ARS DOCENDI, Vol 10:49-90
4. Okubo S R, Kanawati A, Richards M W, Childress S, Evaluation of visual and instrumental shade maching; J. Prosthet. Dent. 1998; 80(6):642-648
5. Brewer J D, Wee A, Seghi R, Advances in color matching, Dent. Clin. N. Am. 2004; 48(2): 341-358
6. Mori A T, Expectativas con relação aos resultatos dos tratamentos odontológicos, Dissertação de Masterado Facultade de Odontologia São Paolo 2003
7. Ueda T., Takagi I., Ueda-Kodaira Y., Sugiyama T, Hirose N., Ogami K., Mori K., Sakurai K, Color Differences between Artificial and Natural Teeth in Removable Partial Denture, Bull Toki Dent Coll 2010; 51 (2): 65-68

Dental Pioneer

VATECH

lider mondial în imagistica radiologică

CEL MAI NOU PANORAMIC VATECH!

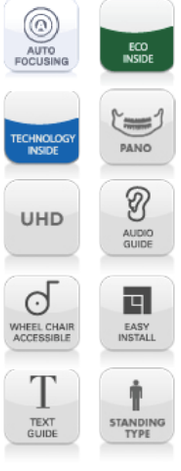
Cele mai multe moduri de captură pentru panoramice standard şi speciale, articulaţii temporo-mandibulare şi de sinus, în funcţie de tipologia anatomică a pacientului

PaX-i = *cea mai bună calitate a imaginilor panoramice!*

Rezultate optimizate şi în cazul:
- ***Înghesuirilor dentare***
- ***Zonei dinţilor incisivi***
- ***Rădăcinilor dinţilor şi coroanelor***
- ***Foramenului şi a canalelor mandibulare***

Tehnologia ***MultiFocus***

Calitate superioară a imaginii datorită sistemului de captură cu straturi multiple optimizate **O singură expunere. Cinci imagini paralele** (*slices*). **Posibilitate de selectare a celei mai bune imagini.**



Design SIMPLU şi COMPACT. Interfaţă intuitivă.

PaX i

Are you ready for the Future?

Vatech demonstrează de mulţi ani cel mai înalt nivel de progres tehnologic al echipamentelor oferite, datorită cercetărilor efectuate în cadrul *Institutului Coreean de Tehnologie Avansata (KAIST).*

Ofertă Specială

Funcţia ***MultiFocus*** (valoare 2400€) - **GRATIS!**

MEDICAM3

Cluj-Napoca, Str. Iuliu Haţieganu nr. 4
Tel.: 0264-591.034, 0741-277.081, 0741-277.069; Fax: 0264-593.606
@: cristi.briciu@medicam3.ro, marketing@medicam3.ro
http: www.medicam3.ro

ASISTENTA DE MEDICINĂ DENTARĂ ȘI PACIENTUL CU SFORĂIT - Partea a XII–a

Prof. Dr. Melinda Székely, UMF Târgu Mureș - Disciplina Morfologia dinților și arcadelor dentare,
Prof. Dr. Gheorghe Matekovits, UMF Timișoara - Tehnologia protezelor dentare și Materiale dentare

ABSTRACT

Snoring and its complications – such as sleeping apnea – became diseases involved in the social life which may affect seriously both, health and quality of life. The contribution of the dental medicine in improvement and treatment of these disorders became part of the complex curative procedure, which is widely accepted nowadays. Dental medicine assistant must be familiar with the etiological factors, clinical signs and treatment principles. Counsel regarding lifestyle amendments and practical advices may be useful in the therapy of snoring.

KEYWORDS: snoring, sleeping apnea, snoring treatment.

REZUMAT

Sforăitul (snoringul) şi complicaţiile acestuia – cum ar fi apneea de somn – au devenit boli sociale, care pot afecta în mod serios atât sănătatea cât şi calitatea vieţii. Contribuţia medicinii dentare în ameliorarea şi tratamentul acestor afecţiuni a intrat astăzi în arsenalul curativ complex unanim acceptat. Asistenta de medicină dentară trebuie să cunoască factorii etiologici, semnele clinice și principiile de tratament. Consilierea privind schimbările în modul de viață și sfaturile practice pot fi utile în ameliorarea sau terapia sforăitului.

CUVINTE CHEIE: sforăitul, apneea obstructivă de somn, tratamentul snoringului.

Generalități

Sforăitul (snoringul) defineşte o succesiune de sunete de frecvență joasă, aspre şi stridente, cauzate de limitarea căilor respiratorii şi a vibraţiilor pereţilor faringieni, mergând de la severitate scăzută până la aşa-numitul sforăit "eroic" sau "olimpic". Cartea recordurilor (Guinness Book) arată că cel mai puternic sforăit a măsurat 87,5 decibeli - echivalent cu zgomotul produs într-o intersecție aglomerată.

Prima referire privind tulburările de somn din literatură a fost făcută, în 1836, de Charles Dickens în "The Pickwick Papers" care descrie prezența, la un pacient obez, a unei hipersomnolențe însoțită de un sforăit puternic față de care "bubuitura de tun părea a fi cântec de leagăn". În 1906, Sir William Osler a propus ca această asociere de simptome (hipersomnolența, sforăitul puternic) însoțite de obezitate să poarte denumirea de sindrom Pickwick. Implicațiile sociale ale sforăitului sunt foarte bine ilustrate de sintagma "râzi, şi lumea râde cu tine, sforăi, şi vei dormi singur!", - nu rare fiind cazurile când această tulburare a somnului este invocată la procesele de divorț.

Această stare patologică este intr-un fel acceptată in sfera socială, nu a scutit nici pe oameni renumiți, cum ar fi fost Roosevelt, Churchill sau Mussolini.

Epidemiologie

În mod natural, sforăitul este întâlnit la o persoană din cinci. Între 40 și 60 de ani, trei din cinci bărbați şi două din cinci femei sforăie. Studii statistice extinse arată că 45% din adulți sunt sforăitori ocazionali, iar 25% din aceştia sunt sforăitori cronici. De asemenea, 4% din adulți prezintă sindrom de apnee/hipopnee în timpul somnului.

Clasificare

Fiecare individ a sforăit deja o dată sau de mai multe ori. Formele clinice pot fi: un sforăit uşor, in cazurile in care cineva doarme pe spate și este foarte obosit, a mâncat in mod excesiv sau a consumat băuturi alcoolice. Intensitatea medie se consideră situaţia, în care în orice poziție a corpului sforăitul este prezent, apare cu o frecvență crescută și în mod regulat. Formele severe sunt acelea, care sunt prezente în oricare poziție a corpului, durează o noapte întreagă și se aude la o distanță de două camere. Aspectele cele mai grave sunt acelea, care sunt prezente în orice poziție a trupului și se aude pe o rază extinsă.

Etiologie

Sforăitul apare atunci când fluxul de aer inspirat prin gură sau pe nas este perturbat în timpul somnului. De obicei cauza este îngustarea sau blocarea căilor aeriene la nivelul nasului, gurii sau gâtului. Ca urmare, țesuturile căilor aeriene vibrează şi se lovesc de partea posterioară a gâtului, determinând apariția unui sunet care poate fi moale, catifelat, înalt, aspru sau răguşit. Este posibil ca persoanele care sforăie să nu fie conştiente de acest lucru. Uneori partenerul/partenera observă că persoana cu care doarme sforăie sau doarme cu gura deschisă. În trecut, sforăitul era considerat doar o simplă neplăcere pentru partenerul de viață. In etiopatogenia sforăitului se pot enumera o serie de factori etiologici și favorizanți. Cel mai des întâlnite sunt:

♦ Atonie sau hipotonie musculară. În timpul instalării stării de somn, în regiunea oro-rino-faringiană relaxarea grupurilor musculare se produce în mod diferențiat și nu deodată. Dormitul pe spate și atonia musculaturii limbii poate provoca obstrucția căilor respiratorii.

♦ Situația este îngreunată de obezitate. Surplusul de țesut adipos de la nivelul gâtului îngustează fanta aeriană. Oamenii grași se mișcă mai puțin, astfel tonicitatea musculară este redusă sau absentă.

♦ Amigdalele faringiene sau vegetațiile adenoide duc la îngustarea căilor respiratorii. Retrognația provocată de atonia musculaturii linguale complică și mai mult starea inițială.

♦ Folosirea sedativelor, consumul excesiv de alcool și de alimente duc la răsturnarea bioritmicității somnului, țesuturile se relaxează mai repede și mai intens. Fumatul poate întreține o stare de inflamație cronică, care se suprapune îngustării căilor aeriene.

♦ Cauzele de origine nazală sunt: edemul mucoaselor în caz de gripă, răceală, rinită alergică, vegetații adenoide și/sau deviere de sept.

Recent s-a demonstrat că persoanele care sforăie pot suferi de sindromul de rezistență al căilor aeriene superioare (boala în care fluxul de aer inspirat întâmpină un grad de rezistență la trecerea prin căile aeriene superioare) şi apnee de somn obstructivă, o afecțiune serioasă a somnului, în cadrul căreia persoana poate înceta să respire (apnee) în timpul somnului, datorită unui grad de obstrucție la nivelul căilor aeriene.

Acestea sunt afecțiuni cu un grad mai mare de gravitate decât simplul sforăit.

Imagini simpatice despre un fenomen antipatic.

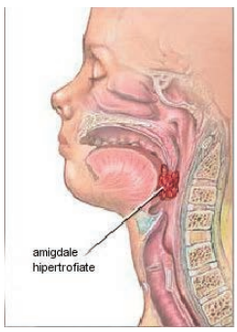


Fig.1 Îngustarea căilor aeriene prin țesut amigdalian hipertrofiat

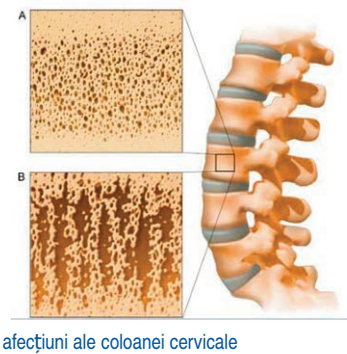


Fig. 2 Factori adjuvanți în producerea sforăitului: obezitatea, fumatul, afecțiuni ale coloanei cervicale

Căile aeriene pot fi îngustate sau blocate în mai multe situații, printre care se numără:
- hipertrofia țesuturilor la nivelul nasului (polipi nazali), cavității bucale sau gâtului;
- amigdalele crescute în volum sunt o cauză frecventă de sforăit la copil;
- infecțiile căilor respiratorii superioare (ca de exemplu răceala),
- alergii (de exemplu la polen);
- septul nazal deviat care perturbă fluxul de aer la nivelul nasului;
- pierderea tonusului muscular la nivelul gâtului, care permite colabarea țesuturilor; aceasta se poate întâmpla în cazul lipsei de mişcare sau odată cu înaintarea în vârstă.

Blocarea căilor aeriene nazale produce o respirație dificilă; în acest fel sunt afectate țesuturile de la nivelul gâtului, care se pot contracta în timpul efortului suplimentar depus în încercarea de a respira şi care are ca urmare, îngustarea căilor respiratorii.
Pe lângă zgomotul neplăcut asociat cu sforăitul, medicina a identificat câteva corelații cu alte probleme medicale. Problemele fizice asociate cu sforăitul variază de la dureri de cap şi oboseală cronică în timpul zilei, până la tulburări respiratorii şi cardiace.
Există cazuri mult mai grave când calea aerului este blocată nu doar de țesuturile moi ci şi de limbă. Aceasta reprezintă apnee obstructivă în timpul somnului, dacă asfixierea durează mai mult de 10 secunde.

Alte cauze

Chiar dacă în producerea sforăitului specialiştii caută cauze din sfera ORL, se cunosc o serie de factori favorizanți, care au o contribuție serioasă în producerea acestei neplăceri. Astfel obezitatea, asociată deseori cu diabet, îngreunează aparatul cardio-respirator. Fumatul duce la obstruarea alveolelor pulmonare, reducând suprafața optimă de oxigenare. Bolile cronice a coloanei cervicale – spondiloza, osteoporoza – obligă corpul uman să ia o anumită poziție în timpul somnului.

Apneea de somn

Apneea de somn este o afecțiune a aparatului respirator caracterizata prin pauze respiratorii repetate, frecvente în timpul somnului. Durata perioadei de oprire a fluxului de aer este de 10 secunde. Apneea de somn prezintă diferite grade de gravitate: uşoara, moderată sau severă, in funcție de durata şi frecvența episoadelor de apnee sau debradipnee (scăderea ritmului respirației). Numărul episoadelor apneice variază de la 5 la 50 pe ora de somn. Ea a fost clasificată in 3 tipuri: apneea obstructivă de somn (OSA – Obstructive Sleep Apnea), apneea centrală şi apneea mixtă.

Cauzele apneei de somn

In OSA fluxul de aer încetează în ciuda impulsurilor respiratorii, datorită obstrucției sau îngustării căilor respiratorii superioare, de obicei la nivel naso-faringian. În timpul somnului muşchii faringelui şi ai limbii se relaxează şi produc obstrucția parțială a căilor respiratorii. Oprirea respirației din OSA conduce la scăderea concentrației oxigenului în sânge (hipoxie). La majoritatea pacienților cu OSA, configurația căilor respiratorii este afectată structural, ceea ce predispune la obstrucție sau sunt prezente defecte anatomice evidente la nivelul căilor respiratorii (nasului, cavității bucale sau gâtului) ca de exemplu hipertrofia tonsilară (amigdaliană) şi/sau hiperplazia uvulei.
In poziție culcată, în timpul somnului, amigdalele hipertrofiate contribuie la îngustarea căilor aeriene declanşând apneea de somn. În timpul zilei, în perioada de veghe şi în poziție ortostatică aceste modificări fiziopatologice nu se produc.
Mulți oameni produc elemente de apnee obstructivă în timpul somnului dar doar pentru o perioada scurtă de timp. Aceasta poate fi rezultatul unei infecții respiratorii superioare care cauzează congestie nazală, inflamări ale gâtului sau amigdalita, in timpul căreia amigdalele sunt foarte mărite.
Virusul Epstein-Barr este cunoscut ca un virus care măreşte uimitor de mult dimensiunea țesutului limfatic in timpul infecției acute, apneea obstructivă din timpul nopții fiind destul de comună in cazurile mononucleozei infecțioase severe.
Perioadele limitate în care se desfăşoară fenomenul apneii de noapte pot fi întâlnite în cazurile indivizilor ce se află sub influența unui drog, care le relaxează tonusul corpului în mod excesiv şi poate să intre în conflict cu trezirea normală a mecanismelor somnului.

Simptome

Următoarele simptome sunt comune tuturor pacienților cu OSA:
- sforăitul este prezent la majoritatea pacienților cu apnee de somn;
- somnolența diurnă excesivă, manifestată prin adormire în circumstanțe neadecvate în timpul meselor, al conversației sau conducerii autovehiculelor.

Semne suplimentare ale OSA includ: somn care nu odihneşte şi sforăit zgomotos (cu perioade de pauze urmate de bolboroseli). Alte simptome nespecifice: migrene matinale, deficit de concentrare, irascibilitate, deficit de memorie, schimbări ale stării sau ale comportamentului, activitate sexuală scăzută, tahicardie, depresie, anxietate, creşterea frecvenței de urinare, nicturie (trezirea in timpul nopții pentru a urina), reflux esofagial şi transpirație abundentă în timpul nopții.
Cele mai serioase consecințe le suporta însă inima. În cazuri prelungite şi severe, există creşteri în presiunea pulmonară care sunt transmise în partea dreaptă a inimii.

:DENTEX

DeguDent
A Dentsply Company

CERCON HT

Noua generație de oxid de zirconiu!
- Discurile de ZrO_2 Cercon HT au 40% grad de transparență.
- Cu un mare grad de translucent şi florescență, piesa protetică se armonizează perfect cu naturalul.
- Cercon HT este disponibil în 2 culori: Light, Medium

Cercon HT Light/Medium disc 15	**280 euro**
Cercon HT Light/Medium disc 20	**307 euro**
Cercon HT Light/Medium disc 25	**328 euro**
Cercon HT Light/Medium disc 30	**335 euro**

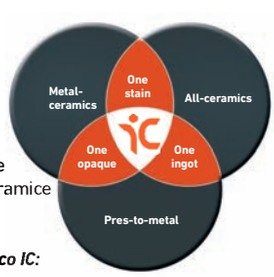
CERCON CERAM KISS

Ceramică exclusiv pentru ZrO_2.
Folosind tehnica de stratificare standard, se pot realiza lucrări protetice impecabile din punct de vedere estetic. Fiind un amestec omogen după ardere nu vor rezulta niciodată margini rotunjite. Cercon Ceram Kiss face parte din sistemul Cercon Smart Ceramics. Liner-ul sub formă de pastă conferă o manipulare facilă, simplă şi sigură.

Liner pastă	**199 lei**
Dentină 20g	**199 lei**
Incizal 20g	**199 lei**
Glazură 20g	**199 lei**

CERAMCO IC

Ceramco IC este un sistem integrat ce satisface cu uşurință o gamă foarte largă de lucrări protetice.



Cu ajutorul acestui sistem se pot realiza:
- Coroane şi punți pe suport metalic de orice lungime
- Coroane solo, fațete, inlay-uri, onlay-uri integral ceramice
- Coroane şi punți presate pe metal

Toate aceste lucrări se pot realiza cu sistemul Ceramco IC:
- Ceramică de placare Ceramco IC
- Ceramică presată Ceramco IC

CERAMICA DE PLACARE CERAMCO IC

PRODUS	PREȚ
Universal paste opaq 2ml	**90,00 lei**
Opaq dentina – 15g/50g	**60,00 lei / 180,00 lei**
Dentina - 15g/50g	**60,00 lei / 180,00 lei**
Natural Enamel - 15g/50g	**60,00 lei / 180,00 lei**
Opal Enamel - 15g/50g	**60,00 lei / 180,00 lei**
Modeling liquid – 100ml	**70,00 lei**
Overgaze – 10g	**50,00 lei**

CERAMICA PRESATĂ CERAMCO IC

PRODUS	PREȚ
D/E Ingots 5 pcs	**199,00 lei**

ceramco IC

www.dentex.ro
Suport: e-mail: marius@dentex.ro
Marius Gheorghe - Tel.: 0726.777.111

Tratamentul OSA

Conduita terapeutica se stabileşte în funcţie de severitatea sindromului. Tratamentul OSA cuprinde schimbarea stilului de viaţă, administrarea oxigenului cu presiune continuă pozitivă (CPAP, continuous positive airway pressure), care previne colabarea căilor respiratorii în timpul somnului şi tratamentul chirurgical. Obiectivele tratamentului sunt de a ameliora simptomatologia: sforăitul şi somnolenţa diurnă, precum şi de a preveni apariţia altor complicaţii precum hipertensiunea arterială. Tratamentul va fi adaptat gravităţii bolii.

Un tratament cu steroizi anti-inflamatori cum ar fi prednisonul (sau un alt fel de medicament glucocorticoid) este adeseori administrat pentru a reduce ţesutul limfatic. Chiar dacă efectul steroizilor este pe termen scurt, la cei mai afectaţi indivizi şi amigdalele şi vegetaţiile adenoide (polipii) sunt inflamaţi doar pe un termen scurt şi vor fi reduşi la sfârşitul administrării unei serii complete de steroizi.

Majoritatea copiilor cu OSA au probleme bazate pe amigdalele şi vegetaţiilor adenoide mărite cronic. În cazul acestor copii, operaţiile de îndepărtare a amigdalelor şi a polipilor sunt indicate.

Mijloace terapeutice utilizate cel mai frecvent în cazul sforăitului

Unele tratamente presupun schimbarea modului de viaţă, cum ar fi:

- evitarea alcoolului sau a unor medicamente ce relaxează sistemul nervos (de exemplu sedative sau miorelaxante),
- reducerea greutăţii corporale şi
- renunţarea la fumat.

Unii oameni sunt ajutaţi de perne speciale sau aparate care îi opresc din a dormi pe spate, sau aplicaţii orale de proteze care să ţină calea aeriana deschisă în timpul somnului. Dacă aceste metode conservatoare nu dau rezultate, medicii de obicei recomandă presiune continuă pozitivă asupra căilor aeriene (CPAP), unde o mască pentru faţă este ataşată de un tub şi un aparat suflă aer cu presiune în mască şi prin calea aeriana pentru a o ţine deschisă.

În general, OSA nu beneficiază de pe urma tratamentului medicamentos.

Tratamente alternative

Tehnici de respiraţie, cum ar fi cele din Yoga sau metoda Buteyko pot fi folosite în tratarea apneei. Aceste exerciţii încurajează şi dau putere respiraţiei nazale, ambele atât în timpul zilei cât şi în timpul nopţii, oferind totodată şi o relaxare în timpul inspiraţiei.

♦ Inel-pensetă nazală

Pensetă nazală cu o conformaţie specială, care permite menţinerea în permanenţă a diametrului optim al orificiului nazo-faringian în timpul somnului. Astfel se previne îngustarea căilor aeriene, ca urmare dispare sforăitul.

♦ Folosirea sprayurilor endonazale

Există metode blânde, ieftine şi realmente eficiente în stoparea sau reducerea sforăitului. Astfel s-a elaborat un spray nazo–faringian, denumit ASONOR®. Este util în formele uşoare sau medii.

♦ Utilizarea SnoreStopperului

SnoreStopperul este un aparat care seamănă cu un ceas de mână. Se aplică seara la culcare pe antebraţ. După activarea aparatului, acesta percepe zgomotele emise în timpul sforăitului. Când aceste sunete ating o anumită intensitate, aparatul emite impulsuri uşoare pe piele. Aceste impulsuri nu trezesc din somn pacientul, dar impulsurile trimise către creier cresc tonicitatea musculaturii oro-faringiene, şi rezonarea se întrerupe, iar corpul se simte obligat să-şi schimbe poziţia.

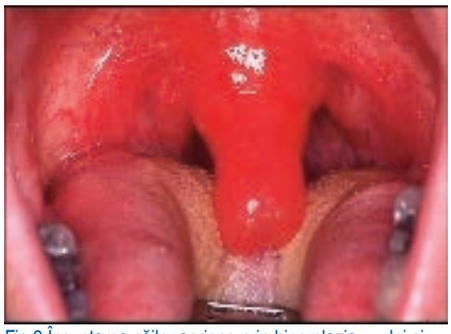


Fig.3 Îngustarea căilor aeriene prin hiperplazia uvulei şi inflamaţia cronică a ţesuturilor înconjurătoare.

Fig.4 Somnolenţa bruscă în timpul conducerii autovehiculului, datorită labilităţii oxigenării corticale.

Fig. 5 Penseta nazală

Fig. 6 Spray endonazal ASONOR®

Fenomenul este asemănător, cu trezirea partenerului care împinge pacientul în timpul somnului să-şi schimbe poziţia ca să înceteze să mai sforăie. Intensitatea impulsurilor se poate regla, are 7 poziţii de diferite grade. Astfel se poate stabili intensitatea care încă nu duce la trezirea pacientului. Folosirea aparatului nu are efecte secundare, eficienţa se poate verifica după primele nopţi de utilizare. Folosirea este contraindicată la cei cu supraponderabilitate, cu deviere de sept nazal, sau la cei care dorm cu mâna acoperită de perină sau plapumă.

♦ Utilizarea dopurilor auriculare

Firma Alpine a perfecţionat nişte dopuri auriculare speciale, numite SleepSoft. Se introduce uşor in urechea externă, sub influenţa căldurii se mulează după forma conductului auditiv. Construcţia intimă prin filtrele speciale permite excluderea sunetelor de joasă frecvenţă, cum ar fi sforăitul, zgomotul stradal sau gălăgia vecinilor. Permite însă perceperea undelor de înaltă frecvenţă, cum ar fi plânsul copilaşului, sunetul ceasului deşteptător sau a soneriei. Dopurile au un sistem canalicular incorporat, care permite aerisirea conductului şi o senzaţie de confort pe tot parcursul nopţii.

Fig. 7 SnoreStopperul

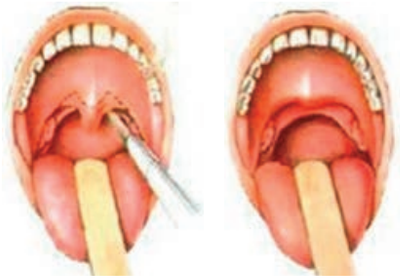


Fig. 8 Metoda Somnoplasty. In timpul intervenţiei şi rezultatul postoperator.

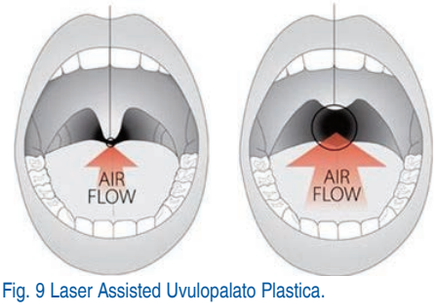


Fig. 9 Laser Assisted Uvulopalato Plastica. Obiective şi rezultate.

♦ Radioterapia

O intervenţie simplă şi eficientă este terapia de reducţie a părţilor moi prin utilizarea radiofrecvenţei. Metoda Somnoplasty by Gyrus USA se efectuează ambulatoriu, durează 20 de minute, fără durere şi efecte secundare. Metoda se bazează pe principiul reducerii treptate a volumului părţilor moi – palatul moale, uvula, amigdalele faringiene – în mai multe etape, până ce se obţine ameliorarea sau dispariţia definitivă a sforăitului.

♦ Terapia cu laser

În anul 1998 s-a introdus intervenţia chirurgicală in scopul opririi sforăitului.

Metoda poartă denumirea de: Laser Assisted Uvulopalato Plastica (LAUP). Este o metodă chirurgicală care utilizează energia emisă de fascicolul laser. Este o tehnică fină, de mare precizie, care asigură o vindecare fără sutură şi exclude riscul infecţiilor. Practic se reduce volumul uvulei şi a vălului palatin moale, mărind considerabil orificiul tubului aerian. Intervenţia are loc sub anestezie generală, iar vindecare per secundam se produce in 4–6 săptămâni.

♦ Dispozitivul oral pentru prevenirea sforăitului

S-a dovedit că odată cu protruzia corpului mandibular apneea nu se produce. Explicaţia este simplă, din domeniul fiziologiei ADM. Musculatura care asigură cinematica mandibulară în timpul zilei, se relaxează,

uneori exagerat pe parcursul somnului. Această mişcare de retropulsie produce o compresie a bazei limbii peste peretele posterior al faringelui. Această compresie are drept consecinţa apariţia apneei. Este logică deci concluzia: în cazul opririi forţate a retruziei corpului mandibular, apneea poate fi prevenită. Astfel, **aducând mandibula în poziţie de protruzie se măreşte fanta tubului respirator**, ceea ce reduce viteza aerului şi vibraţia ţesuturilor moi, eliminând astfel şi sforăitul. Au fost concepute numeroase aparate şi dispozitive prin care s-a obţinut această poziţie terapeutică a mandibulei. Un progres în acest sens a adus gutiera tip SILENSOR (în SUA se numeşte SILENT NIGHT). Dimensiunile nu depăşesc cu mult volumul unei gutiere folosite în procedurile de albire a dinţilor sau a celor protectoare pentru sportivi. Cele două gutiere sun aşezate pe arcadele dentare superioare şi inferioare. Ele sunt legate între ele cu doi conectori care permit alunecarea protruzivă a mandibulei, dar totodată împiedecă retruzia exagerată nedorită.

Rezultatele obţinute cu ajutorul aparatului:

♦ Studiile clinice făcute de dentiştii care au recomandat acest dispozitiv au înregistrat o rată de succes de la 70% până la 100%.

♦ Reducerea sau dispariţia totală a sforăitului.

♦ Terapia eficientă a OSA în formele sale uşoare sau medii.

♦ Reducerea cu 50% a frecvenţei OSA.

♦ Este un aparat mai puţin voluminos faţă de o gutieră ortodontică şi este uşor suportat de către pacienţii cu apnee uşoară sau moderată.

Fig. 11 Poziţia părţilor moi rino-faringiene:
a) în eugnaţie (schiţă); b) în propulsie uşoară (schiţă)

Contraindicaţii:

♦ Nu este indicat la cei cu bruxism nocturn. Aparatul nu este o şină de înălţare al ocluziei.

♦ Pacienţii supraponderali nu primesc acest aparat, decât după o slăbire stabilizată, monitorizat de către medicul nutriţionist.

♦ Aparatul nu poate fi folosit pe arcade edentate. Pe arcadele parţial edentate poate fi folosit daca există o bună retenţie pe dinţii restanţi.

Eficienţa:

Dispozitivul oral (Silent Nite, Silensor) nu disturbă respiraţia orală. Chiar şi în cazul în care căile nazale sunt congestionate, dispozitivul previne sforăitul şi permite în acelaşi timp respiraţia orală. Sunt permise chiar şi mişcări uşoare ale mandibulei, ceea ce previne blocarea articulaţiei temporo-mandibulare în aceeaşi poziţie un timp îndelungat.

Pacientul poate simţii o uşoară perturbare a alinierii mandibulei, lucru care se datorează lichidului limfatic care se adună în articulaţia temporo-mandibulară în timpul nopţii, dar care va reveni la normal în câteva minute.

CUM POATE AJUTA ASISTENTA PACIENŢII CARE SFORĂIE?

Subiectul sforăitului este, poate cea mai bună ocazie ca asistenta de medicină dentară să aducă în atenţia pacienţilor modul şi conduita de viaţă. Fumatul, obezitatea, diabetul, alergiile sunt doar câteva probleme de sănătate cu implicaţii sociale serioase.

În timpul igienizării, sau pe parcursul actelor profilactice, asistenta poate inspecta cu atenţie zona porţii faringiene, şi să constate hipertrofia tonsilară (amigdaliană) şi/sau hiperplazia uvulei. Când aceste deformări sunt prezente se poate întreba pacientul despre obiceiul de sforăit.

Recomandări utile:

♦ Controlul greutăţii corporale, sfaturi despre slăbire, îndrumare spre un specialist în nutriţie sau diabetolog.

Fig. 10 Gutiera tip SILENSOR.

♦ Abandonarea sau reducerea fumatului.

♦ Renunţare la consumul de alcool şi la o alimentaţie excesivă seara, înainte de culcare.

♦ Stimularea mişcărilor în aer liber, a sportului regulat şi renunţarea la viaţa sedentară.

♦ Un control medical al regiunii oro-faringiene, consultând un medic specialist ORL.

BIBLIOGRAFIE

2 BELENGEANU D., ILIES D., MATEKOVITS GH.: Medicina dentară şi tratamentul apneei şi al snoringului. Dental Target vol. IV, 2009. nr.1 (10), pg. 40-45;

2. BRATU D., NUSSBAUM R.: Bazele clinice şi tehnice ale protezării fixe. 2001. Editura Signata. Timişoara;

3. MATEKOVITS Gh.: Reabilitarea orală pentru tehnicienii dentari. Ed. Nero-G. Timişoara. 2000;

4. MATEKOVITS GH., BELENGEANU D., ILIEŞ D., IGNAT DESPINA: Ghid teoretic şi practic de reabilitare oro-dentară. Ed. Victor Babeş. Timişoara, 2009;

5. MITCHELL D.A., MITCHELL L.: Ghid clinic de stomatologie. Editura All 1999. Bucureşti. pg. 678-680;

6. PODARIU A.C., JUMANCA D., GĂLUŞCAN A., VĂCARU R., MUNTEAN R.: Tratat de prevenţie oro-dentară. Ed. Waldpress, Timişoara, 2003;

7. PRICOP M., URTILĂ E., PRICOP N.: Chirurgie oro-maxilo-facială. Curs 1996. Lito. Timişoara;

MagnetPaint - VOPSEA CU PROPRIETĂŢI MAGNETICE

MagnetPaint este o vopsea cu proprietăţi magnetice ce poate fi aplicată pe orice suprafată: lemn, carton, ceramică, zidărie, etc.
Pentru că nu este toxică, **MagnetPaint** se poate utiliza în unităţi medicale, şcoli, grădiniţe, birouri, camerele copiilor, living, bucătărie, etc.
Culoarea originală este gri închis dar după 48 de ore de la aplicare se poate acoperi cu un strat de vopsea obişnuită, în culoarea dorită, sau cu tapet, suprafaţa respectivă păstrându-şi proprietăţile magnetice.
Dacă, după ce am transformat, de exemplu peretele într-un mare magnet, aplicăm deasupra **MagPaint** blackboard, obţinem o tablă magnetică pe care putem scrie cu cretă.

MagPaint este acum în România prin **Sinergia Serv Consulting.**
Pentru mai multe detalii despre vopseaua magnetică, dar şi despre alte produse MagPaint, accesaţi: **www.magpaint.com,**
www.facebook.com/MagPaintRomania
sau sunati la telefon: +40 723 336 233

CHRIS
tehnodent

Laboratorul calității

- **20 ani de activitate practică privată**
- Toate tipurile de lucrări
- Garanție REALĂ
- Serviciu propriu de curierat pentru București și zonele limitrofe

• ceramică pe orice tip de implant •

• proteze sheletate cu sisteme speciale •

• ceramică pe zirconiu •

• aparate ortodontice •

• gutiere •

• compozit IVOCLAR •

• metalo-ceramică •

• proteze flexibile •

Str. Paraschiva Gherghel nr. 4, sector 1;
Tel.: 021.225.16.61, 031.730.40.36;
Tel./Fax: 021.224.45.36
Mobil: 0722.29.55.35,
0744.38.39.39, 0766.21.17.84;
chris_tehnodent@yahoo.com

Primim comenzi din toată țara!

Vând Unit Dentar Sirona C8 echipat cu micromotor, turbina, spraz apă/aer, detartraj cu fibră optică, garanție. Mobil 0720 02 26 64

Denticeram - Brasov angajează tehnician ceramist.
Tel.: 0722 32 06 75

Ofer spre închiriere spatiu pentru cabinet, București - Pasajul Mărășești Tel.: 0721 68 60 68

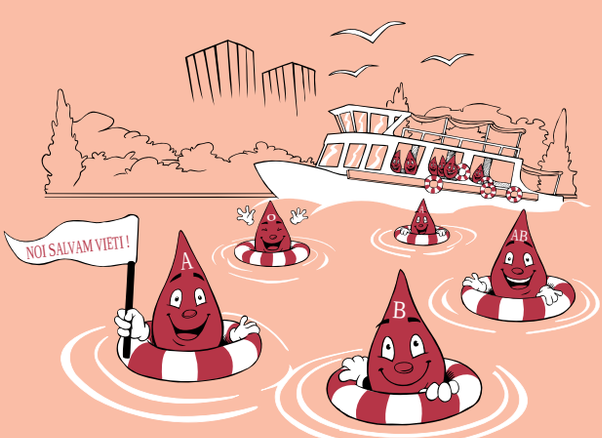
Laborator solicită colaborare cu medici din zona Calea Plevnei, Stirbei;
Tel.: 0721 23 58 24

Vând sistem Belleglass în perfectă stare. Negociabil.
Tel.: 0740 59 12 87

CHRIS TEHNODENT angajează tehnicieni dentari.
Tel.: 0722 29 55 35, CV la chris_tehnodent@yahoo.com

Laborator solicită colaborare cu medici din zona Drumul Taberei, Militari;
Tel.: 0723 13 93 08

Lawrence Tehnodent angajează tehnicieni dentari.
Tel.: 0744 56 13 90



FUNDAȚIA
DONATORILOR
BENEVOLI
DE SÂNGE

Ajută şi tu, donează sânge!

Dacă nu poți dona sânge, ajută fundația donând 2% din impozitul pe venit, în contul
RO 35 BPOS 7040 2778 372 ROL 02, BANC POST
www.doneazasange.ro

HALMADENT
Brasov

SEDIUL CENTRAL - BRASOV

Str. Banatului Nr. 10, Brasov, Cod:500209
Jud. Brasov
Tel./Fax: 0268/414 157 0371/383 003
E-mail: office@halmadent.ro

FILIALA CLUJ- NAPOCA

Tel. 0740 422 446
E-mail: cluj@halmadent.ro

Sute de clienti multumimiti continua sa isi faca cumparaturile de la Halmadent! De ce sa nu ne alegi si tu?

Va asteptam la

EXPODENTAL , SALA PALATULUI , BUCURESTI 02.10.2013 -05.10.2013
AR MEDICA, EXPO ARAD, Arad 07.11.2013-09.11.2013
Denta, Romexpo, Bucuresti 21.11.2013-24.11.2013

www.halmadent.ro

CHIRANA Medical
Bien Air Dental
SICER
ENTECH
dx dental X
ekom
lares

NOU

SR Nexco®

Compozitul fotopolimerizabil de laborator

Aspect natural - uşor de obținut

Ofertă specială

Ai un compozit de laborator care nu îți mai place sau a expirat ?
Dă-ni-l nouă şi primeşti 20 de seringi de SR Nexco
cu 50% reducere !

Distribuitori Ivoclar Vivadent Autorizați:

Dent Distribution
Str. Logofăt Tăutu nr 66
Sector 3, Bucureşti
office@dentdistribution.ro
www.dentdistribution.ro

Doriot Dent
Str. Barabaş Bela nr. 18 A
Arad
office@doriotdent.ro
www.doriotdent.ro

Tiana Dent
Str. Tudor Arghezi nr 7
Sibiu
tianadent@gmail.com
www.tianadent.ro

ivoclar vivadent®
passion vision innovation